

Hönicke, Maik

Prävention und Intervention
bei Kindern psychisch erkrankter Eltern.
Sozialarbeiterische Unterstützung
in Psychiatrie und Jugendhilfe.

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Hönicke, Maik

Prävention und Intervention
bei Kindern psychisch erkrankter Eltern.
Sozialarbeiterische Unterstützung
in Psychiatrie und Jugendhilfe.

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Steffi Weber-Unger-Rotino

Bibliographische Beschreibung:

Hönicke, Maik

Prävention und Intervention bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Sozialarbeiterische Unterstützung in Psychiatrie und Jugendhilfe. 50 S.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2016

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Thematik, wie Kinder von psychisch erkrankten Eltern präventiv und intervenierend unterstützt werden können. Der Schwerpunkt der Arbeit basiert auf Literaturrecherche und fokussiert sowohl die Bedarfe der Familien als auch die sozialarbeiterischen Unterstützungsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang erfolgt eine Betrachtung der Helfersysteme Jugendhilfe und Psychiatrie sowie deren Kooperationsmöglichkeiten. Anhand der Perspektiven werden Rückschlüsse für die Arbeit mit den betroffenen Kindern und deren Familien gezogen.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	4
2.1 Definition psychische Erkrankung	4
2.2 Resilienzforschung	7
2.2.1 Kindzentrierte (personelle) Schutzfaktoren	9
2.2.2 Familienzentrierte Schutzfaktoren.....	10
2.2.3 Soziale Schutzfaktoren	11
2.2.4 Spezielle Schutzfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern	12
3. PERSPEKTIVE DER KINDER	13
3.1 Belastungserleben betroffener Kinder.....	13
3.2 Entwicklungspsychologische Aspekte.....	14
3.3 Kindliche Bewältigungsstrategien	16
3.4 Wünsche der betroffenen Kinder	18
4. PERSPEKTIVE DER ELTERN.....	18
4.1 Belastungserleben der erkrankten Eltern	19
4.2 Auswirkungen auf die Elternschaft	21
4.3 Unterstützungsbedarfe der Eltern	22
4.4 Wünsche von betroffenen Eltern	23
5. UNTERSTÜTZUNGSMAßNAHMEN FÜR BETROFFENE KINDER UND DEREN FAMILIEN.....	24
5.1 Prävention und Intervention	24
5.2 Kindzentrierte Unterstützungen.....	26
5.2.1 Einschätzung der kindlichen Belastung	26
5.2.2 Psychoedukation bei Kindern	27
5.2.3 Förderung der kindlichen Problemlösekompetenz	30
5.2.4 Aktivierung personaler Ressourcen	32
5.3 Eltern- und Familienorientierte Hilfen.....	34
5.3.1 Erstellung eines Krisenplans	34
5.3.2 Förderung familiärer Ressourcen	35
5.4 Aktivierung sozialer Ressourcen	37

6. SOZIALE ARBEIT IN PSYCHIATRIE UND JUGENDHILFE	40
6.1 Perspektive und Leistungen der Jugendhilfe	41
6.2 Perspektive und Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie.....	42
6.3 Kooperationsmöglichkeiten von Psychiatrie und Jugendhilfe	44
6.3.1 Erwachsenenpsychiatrie als Vermittler	45
6.3.2 Brückenfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes	45
6.3.3 Veränderung der Jugendhilfeangebote.....	46
6.3.4 Veränderung der Angehörigenarbeit	46
6.3.5 Förderung von Kooperationsbeziehungen.....	46
7. RESÜMEE	48
8. ANLAGEN	51
9. LITERATURVERZEICHNIS	63
10. ERKLÄRUNG ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ANFERTIGUNG DER ARBEIT	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gründe die für eine Krankheitsinformation der Kinder sprechen.....	28
Abbildung 2: Wie Helfersysteme voneinander profitieren können.....	44

1. Einleitung

Psychische Erkrankungen eines oder beider Elternteile stellen eine Belastung für das gesamte Familiensystem dar. Das Aufwachsen und Zusammenleben mit einem erkrankten Elternteil ist für Kinder ein kritisches Lebensereignis. Abhängig vom Alter sind sie verschiedensten Belastungen ausgesetzt, welche über einen längeren Zeitraum das Risiko selbst psychisch zu erkranken, erheblich erhöhen (vgl. Lenz 2014c, S. 96). Dementsprechend sind Kinder im Fokus der Angehörigenarbeit zu berücksichtigen und benötigen Unterstützungsangebote. Der aktuelle Forschungsstand hat viele neue Erkenntnisse über psychische Erkrankungen und präventive Maßnahmen geliefert. Es fehlt jedoch nach wie vor an notwendigen Rahmenbedingungen, damit präventive Hilfsangebote und Projekte stabile Finanzierungsmöglichkeiten erhalten, um sich auch auf lange Sicht absichern zu können (vgl. Mattejat und Lisofsky 2014b, S. 68). Häufig haben psychisch erkrankte Kinder, die in psychotherapeutischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche vorgestellt werden, einen psychisch erkrankten Elternteil. Im weiteren Verlauf wird aus Gründen der Vereinfachung über Kinder geschrieben wobei Jugendliche inbegriffen sind. Die Familien kommen oft erst dann in einem Helfernetzwerk an, wenn sich die Situation soweit zugespitzt hat, dass es um die Frage geht, ob die Kinder weiterhin in ihren Familien verbleiben können oder eine Fremdunterbringung notwendig ist. Jedoch könnte eine Erkrankung des Kindes durch entsprechende präventive Hilfsangebote vermieden werden (ebd.). Aus Angst vor Stigmatisierung wird die Erkrankung oft von den Betroffenen tabuisiert und eine Behandlung abgelehnt. „Für Kinder, die auf den Rückhalt der Familie existentiell angewiesen sind, ist es schier unmöglich, das Tabu >>Niemand darf davon erfahren ...<< zu durchbrechen“ (ebd., S. 60). Doch was hilft den Kindern und deren Eltern? Und wie erreichen geeignete Hilfsangebote die Familien?

Diese auf Literaturrecherche basierende Bachelorarbeit mit dem Titel „Prävention und Intervention bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Sozialarbeiterische Unterstützung in Psychiatrie und Jugendhilfe.“ befasst sich mit dieser Thematik. Dabei soll die zentrale Fragestellung bearbeitet werden: Wie kann Soziale Arbeit betroffene Kinder und Jugendliche darin unterstützen ihre Lebenslagen positiv zu bewältigen?

Ziel ist es, die Auswirkungen und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf der betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Familien theoretisch zu erfassen und Schlussfolgerungen für sozialarbeiterisches Handeln zu formulieren.

Nach dem bereits beschriebenen Problemaufriss erfolgt in Kapitel zwei ein Definitionsversuch der psychischen Erkrankung sowie eine Schätzung der Anzahl betroffener Kinder. Ich werde in dieser Arbeit die Bezeichnung psychisch krank verwenden, um eine Analogie zur Fachliteratur herzustellen. Jedoch liegt es mir fern, Betroffene durch diese Bezeichnung in irgendeiner Form zu stigmatisieren. Des Weiteren wird das Resilienzkonzept ausführlich beschrieben, um Anhaltspunkte für Präventive und Intervenierende Unterstützungsmaßnahmen zu erhalten. Von einer ausführlichen Beschreibung psychopathologischer Störungsbilder sehe ich ab, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

Im dritten Kapitel werden die subjektiven und objektiven kindlichen Belastungen dargestellt. Die daraus entstehenden Bewältigungsstrategien sowie die Wünsche der Kinder sind weitere Inhalte dieses Abschnittes. Eine ausführliche Beschreibung der krankheitsspezifischen Merkmale und Auswirkungen auf die Kinder sowie der Geschlechterperspektive, zu finden in Wiegand-Grefe; Halverscheid; Plass (2011), ist im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich, da neben dem Geschlecht, jede psychische Störung mit ihren spezifischen Auswirkungen berücksichtigt werden müsste.

Die elterliche Perspektiveinnahme erfolgt im vierten Kapitel. Es wird das Belastungserleben der Eltern, sowie die Folgen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Elternschaft dargestellt. Darauf folgt die Benennung der elterlichen Unterstützungsbedarfe und -wünsche.

Neben Definition und einem beispielhaften Überblick vorhandener Präventionsmodelle und Projekte, werden im fünften Kapitel konkrete Interventionen für betroffene Kinder, Eltern und Familien betrachtet und mit dem Resilienzkonzept und der Bewältigungsforschung in Zusammenhang gebracht. Die Auswahl der Interventionen richtet sich unter anderem nach dem Kriterium, dass sie vorrangig in ambulanten Settings durchgeführt werden können.

Ein weiteres Auswahlkriterium ist die mögliche Umsetzung der Unterstützungsangebote durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Institutionen. Ebenso beinhalten die Ausführungen eine Darlegung der Zusammenhänge unterschiedlich adressierter Hilfen.

Im sechsten Kapitel werden die Perspektiven von Psychiatrie und Jugendhilfe eingenommen, um die Institutionelle Wahrnehmung sowie deren Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. So werden neben den Hilfen beider Institutionen, die Möglichkeiten der Kooperation beider Helfersysteme thematisiert werden.

Anschließend wird in Kapitel sieben anhand der gewonnen Erkenntnisse ein persönliches Fazit sowie Schlussfolgerungen für sozialarbeiterisches Handeln gezogen.

Persönliche Motivation

In meiner sechsjährigen Tätigkeit als Sozialpädagogischer Familienhelfer (SPFH), habe ich wiederholt mit Familien gearbeitet, bei denen Elternteile eine psychische Erkrankung aufwiesen. In meiner Einstiegsphase als SPFH, bemerkte ich in meiner Arbeit mit den betroffenen Familien, dass es mir an Fachwissen fehlte, um entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten bereit zu halten bzw. mit den Familien gemeinsam zu erarbeiten. Die Erkrankungen der Eltern hatten Auswirkungen auf die Kinder, welche verschiedene Strategien entwickelten, um die Situationen zu bewältigen. Die meist vorhandenen Verhaltensbesonderheiten der betroffenen Kinder stellten mich vor große Herausforderungen. Erst durch die Erfahrung entwickelte ich mit der Zeit ein Verständnis für die Problematik der betroffenen Kinder und deren erkrankten Elternteile. In den Hilfeprozessen ergibt sich für mich immer wieder die Frage, wie die Familien unter Rücksichtnahme der elterlichen Erkrankung adäquat unterstützt werden können. Mit der thematischen Auseinandersetzung, erhoffe ich mir einen Wissenszugewinn für meine Arbeit als SPFH. Ich gehe davon aus, dass diese Fallkonstellationen mich auch in Zukunft erwarten werden. Die erworbenen Erkenntnisse sollten mir neue Handlungsspielräume bei der Unterstützung dieser Familien eröffnen. Ebenso verstehe ich diese Arbeit als persönliche Bereicherung, welche meine Haltung als sozialarbeiterisch tätiger Mensch positiv bestärkt und mich dazu ermutigen wird, neue Wege in meiner Arbeit zu beschreiten.

2. Theoretische Grundlagen

Um ein besseres Verständnis für die Lebenslagen von psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder zu erlangen, soll zunächst eine Begriffsbestimmung >>von psychisch krank<< erfolgen. In diesem Zusammenhang wird das biopsychosoziale Krankheitsmodell sowie das Konzept der Vulnerabilität erläutert. Im Anschluss daran sollen statistische Werte Auskunft über die Anzahl betroffener Erwachsener und Kinder geben. Im zweiten Teil des Kapitels wird das Resilienzkonzept ausführlich beschrieben, welches als Grundlage für präventive und intervenierende Unterstützung dient.

2.1 Definition psychische Erkrankung

Im Zusammenhang mit einer Erkrankung stellt sich die Frage, was Gesundheit trotz alltäglichen Begriffsgebrauch genau bedeutet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit folgendermaßen: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946, S. 1). Hurrelmann (2006) entwickelte den Ansatz der WHO weiter und vertritt die Ansicht: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist in diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, dass zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und engagieren“ (Hurrelmann 2006, S. 7, zit. n. Effinghausen 2014, S. 51f.). In diesem Sinne kann von einer subjektiv empfundenen Balance zwischen Belastung und Bewältigung im Kontext der altersabhängigen Entwicklungsaufgaben und der gesellschaftlichen Gegebenheiten ausgegangen werden, welche immer wieder neu hergestellt werden muss, wobei dies persönlicher Bewertungen unterliegt. Doch was passiert, wenn diese Balance nicht erfolgreich hergestellt werden kann? „Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung einer altersgemäßen Lebensaufgabe in eine Krise und Sackgasse geraten ist, weil seine Verletzbarkeit und damit sein Schutzbedürfnis und sein Bedürfnis, Nicht-Erklärbares zu erklären, für ihn zu groß geworden ist. Das Ergebnis nennen wir Krankheit, Kränkung, Störung, Leiden, Abweichung“ (Dörner und Plog 2000, S. 16).

In medizinisch-psychiatrischen Konzepten wird psychisch krank als eine krankhaft veränderte Psyche verstanden. Da der Begriff <<Krankheit>> eher in medizinischen Modellen verortet ist wird in neueren Konzepten der neutralere Begriff der psychischen Störung verwendet (vgl. Effinghausen 2014, S. 52). Symptome für eine seelische Störung können in den Bereichen der Emotionen, des Denkens und Wahrnehmens, des Verhaltens sowie körperlichen Empfindens auftreten. Stemmer-Lück (2009) benennt vier zentrale Merkmale für die Definition einer psychischen Störung:

- Devianz/ Abweichung: gestörtes erleben und Verhalten ist deviant oder abweichend.
- Leidensdruck: Für die Definition psychischer Störungen spielt der Leidensdruck eine zentrale Rolle.
- Beeinträchtigung: der Alltag und die Bewältigung der Lebensanforderungen werden durch eine psychische Störung in der Regel mehr oder minder stark beeinträchtigt.
- Gefährdung: eine psychische Erkrankung kann selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zur Folge haben (ebd., S. 53).

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell ist neben dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell insbesondere in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie ein Erklärungsansatz für psychische Störungen. Es orientiert sich an der Ganzheitlichkeit des Menschen. Gesundheitliche Probleme lassen sich Anhand des Modells zu physiologischen, psychischen und sozialen Faktoren zuordnen, welche sich gegenseitig beeinflussen. Die drei Aspekte sind gleichrangig, woraus sich wiederum mehrdimensionale Therapieansätze ergeben. Somit werden in die Behandlung betroffener Menschen neben Ärztinnen/Ärzten auch psychosoziale Berufsgruppen wie Psychologinnen/Psychologen und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen einbezogen. Es gibt drei Standbeine der Psychiatrie, nämlich die biologische Psychiatrie, die Psychotherapie und die Sozialpsychiatrie. Durch diese soll das Ziel verfolgt werden eine integrative Versorgung bereit zu stellen, welche die biopsychosozialen Zusammenhänge berücksichtigt (ebd., S. 58f.).

Die Vulnerabilität ist die Verletzbarkeit gegenüber äußeren belastenden Einflussfaktoren. Die Ursachen für Vulnerabilitäten liegen in einer Störung der Informationsverarbeitung des Gehirns (vgl. Lenz 2005, S. 23). „Diese Störung wird zum Problem, wenn bei bestimmten Belastungen die Bewältigungsmöglichkeiten des vulnerablen Menschen nicht ausreichen, um die von außen und innen kommenden Reize zur ordnen, zu verstehen und zu bewerten sowie darauf adäquat zu reagieren“ (ebd.). Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird in der Psychiatrie als Leitmodell angesehen. Die Vulnerabilität selbst wird von zwei Faktoren bestimmt. Sie ergibt sich aus der genetischen Disposition und der Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Belastungen. Dies erklärt die individuell ausgeprägte Vulnerabilität bei Menschen, weil gleiche Belastungsfaktoren unterschiedliche Krankheiten auslösen können. Im therapeutischen Sinn wird das Modell genutzt, um die Vulnerabilitätsschwelle bzw. die Widerstandsfähigkeit durch Psychopharmaka und psychotherapeutische Maßnahmen zu erhöhen (vgl. Effinghausen 2014, S. 60f.).

Die Art der psychischen Störungen werden Anhand von zwei aktuell weltweit genutzten Klassifikationssystemen diagnostiziert. Von der amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft wurde der >>Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders – DSM V<< eingeführt, welcher seit 2013 in der fünften Auflage vorliegt. Im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde der >>International Classification of Diseases – ICD-10<< in der zehnten Auflage erarbeitet. Beide Systeme unterscheiden sich durch gegenseitige Abstimmung der Entwicklungsgremien nur im geringen Maße. In Deutschland ist der ICD-10 nach § 295 SGB V rechtsverbindlich (ebd., S. 53ff.) Eine Diagnose ermöglicht es die einzelnen Symptome zu einem einheitlichen Krankheitsbefund zusammenzufassen. Dies gewährleistet eine Unterscheidung von Krankheiten und deren Behandlung (vgl. Schmid et al. 2012, S. 82). An dieser Stelle soll die Kritik an der Diagnosestellung erwähnt werden, da betroffene Menschen und deren Angehörige sich durch eine Diagnose stigmatisiert fühlen können. Ebenso kann durch einen starren Umgang mit einer vorhandenen Diagnose die Fixierung auf die Krankenrolle erfolgen ohne die Veränderbarkeit einer psychischen Störung zu berücksichtigen (vgl. Effinghausen 2014, S. 56).

Nach Mattejat (2014) zeigt sich in neueren repräsentativen Erhebungen, dass im Jahr circa 30% der erwachsenen Bevölkerung unter einer psychischen Störung leidet (12-Monats-Prävalenz). Nach seinen Schätzungen liegt etwa bei 25% der psychisch erkrankten Menschen eine Behandlungsnotwendigkeit vor.

Da es bisher keine genauen Zahlenangaben über Kinder die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen gibt, stellt Mattejat eine Schätzung an. Unter der Annahme, dass im Verlauf eines Jahres 15% (halbierter Prozentsatz) der gesamten Bevölkerung unter einer psychischen Störung leiden, ergibt sich nach seiner Hochrechnung, dass rund drei Millionen Kinder im Verlauf eines Jahres mit einem erkrankten Elternteil zusammenleben (vgl. Mattejat 2014, S. 69–75). Ähnliche Zahlen finden sich in Lenz und Brockmann (2013), Franz (2014) und Wiegand-Grefe et. al. (2011). Trotz der angenommenen Individualität von Vulnerabilität konnten bei Kindern geschlechtsspezifische Unterschiede erforscht werden. So zeigten Jungen in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil häufiger Störungen und eine höhere Anfälligkeit für diese, als es bei Mädchen der Fall ist (vgl. Lenz 2005, S. 24).

2.2 Resilienzforschung

Neben der Bewältigungsforschung beschäftigt sich die Resilienzforschung mit der Frage, weshalb Menschen trotz vielfältiger Belastungen gesund bleiben und welche Faktoren ihre psychische Widerstandsfähigkeit positiv beeinflussen. Die Resilienzforschung zielt darauf ab, die protektiven Effekte von sozialen und personellen Ressourcen zu identifizieren, woran sich präventive Konzepte und Interventionen orientieren (vgl. Lenz 2005, S. 13). Nach Wieland (2011) gibt es zwei Versuche Resilienz in theoretischen Kontexten zu verorten. Zum einen das metaanalytische Modell von Fröhlich-Gildhoff und das Modell der Schutz- und Risikofaktoren von Zander 2008. Im weiteren Verlauf werde ich mich an dem Modell der Schutz- und Risikofaktoren von (Zander 2008) orientieren. Eine Auseinandersetzung mit beiden Modellen kann im Rahmen dieser Arbeit aus Gründen des Umfanges nicht stattfinden.

Zunächst soll der Begriff der Resilienz anhand von zwei Definition verdeutlicht werden. Welter-Enderlin (2012) versteht unter Resilienz „[...] die Fähigkeit von Menschen [...], Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2012, S. 13).

Lenz und Kuhn (2011) beschreibt Resilienz als „[...] einen dynamischen oder kompensatorischen Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen. Es gelingt resilienten Kindern, relativ unbeschadet mit den Folgen herausfordernder bzw. belastender Lebensumstände umzugehen und dafür Bewältigungskompetenzen zu entwickeln“ (Lenz und Kuhn 2011, S. 273).

„Unter diesen Prämissen ist das Konstrukt der Resilienz eine Metakompetenz, die in allen Kompetenzen enthalten ist, und bezeichnet eine außergewöhnliche gute und stabile Kontrollüberzeugung“ (Wieland 2011, S. 190). Somit kann Resilienz als erlernbare psychische Robustheit verstanden werden und wirkt sich kompensatorisch auf die Vulnerabilität eines Menschen aus (vgl. Lenz und Kuhn 2011, S. 273).

In der Resilienzforschung werden positiv wirkende Effekte als protektive Faktoren bezeichnet. Ein Resilienzfaktor oder auch protektiver Faktor genannt, zeigt seine Wirksamkeit in entsprechenden Gefährdungssituationen und bewirkt einen positiven Puffereffekt gegenüber entwicklungshemmenden Risikofaktoren. Resilienz ist keine zeitlich permanent vorhandene Eigenschaft eines Menschen, sondern steht immer im Zusammenhang mit den jeweiligen Belastungen. So kann sich ein Mensch im Laufe seines Lebens gegenüber einer bestimmten Belastung resilient zeigen, jedoch gegenüber einer anderen Belastung vulnerabel sein. Somit ist Resilienz kontextabhängig und individuell verschieden, weshalb in der empirischen Forschung auf eine bereichsspezifische Resilienz verwiesen wird (vgl. Lenz und Kuhn 2011, S. 274). „Spezifische Resilienzen entsprechen dem Kontext der Individuum-Umwelt-Interaktion erworbenen Ressourcen und werden im erfolgreichen Einsatz weiterentwickelt“ (ebd.). Dies erklärt die Individualität von Resilienz und den Umstand, dass Resilienz nicht als allgegenwärtige psychische Unverletzbarkeit verstanden werden kann.

Durch das Modell der familiären Resilienz (Walsh 2003) wurde das Resilienzkonzept erweitert. „Das Modell der *familiären Resilienz* verbindet ökologische Sichtweisen und Entwicklungsperspektiven mit dem Ziel, die Funktionsweise der Familie in ihrem sozialen Kontext zu verstehen und in der Problembewältigung zu fördern“ (ebd.). Dabei richtet sich neben den Blick auf den einzelnen, die Aufmerksamkeit besonders auf das Wechselspiel der Risiko- und Schutzfaktoren in der Familie. Es werden personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren als Schlüsselprozesse definiert.

Schutzfaktoren

„Schutzfaktoren sind Ressourcen, um Risiken abzupuffern und Fehlentwicklungen oder die Entwicklung von pathogenen Strukturen zu verhindern oder abzumildern. Von einem Schutzfaktor wird also nur dann gesprochen, wenn er die pathogenen Auswirkungen vorhandener Risikofaktoren vermindert. Demgemäß sind Schutzfaktoren nur Teilmengen vorhandener Ressourcen, die zum Einsatz kommen, wenn Entwicklungsprobleme bewältigt werden müssen“ (Lenz und Kuhn 2011, S. 276). Die Schutzfaktoren können nochmals anhand mehreren Kategorien differenziert werden. Aus verschiedensten Studien wie zum Beispiel: die >>Kauai-Studie<< oder der >>Bielefelder Invulnerabilitätsstudie<< ist man zu dem Ergebnis gelangt, dass von bedeutenden allgemeinen Schutzfaktoren ausgegangen werden kann. Diese werden als generelle Schutzfaktoren bezeichnet und beinhalten die Temperamentsmerkmale, soziale Kompetenzen, kognitive Fähigkeiten, positive Selbstkonzepte, Kohärenzgefühl, emotionale Bindung an Bezugspersonen, Merkmale des Erziehungsklimas, Paarbeziehung der Eltern, Familienstrukturen sowie Soziale Unterstützung (ebd., S. 277ff.). Für einen positiven Entwicklungsverlauf wurden drei Gruppen von generellen Schutzfaktoren identifiziert, welche belastende Lebenslagen und Bedrohungen der kindlichen Entwicklung vermindern, nämlich persönliche Schutzfaktoren des Kindes, familiäre Schutzfaktoren und soziale Schutzfaktoren (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 52).

2.2.1 Kindzentrierte (personelle) Schutzfaktoren

Ein ausgeglichenes Temperament erleichtert die Beziehung zu den Eltern. Diese Kinder zeigen sich kontaktfreudig, flexibel und fröhlich, was wiederum bei den Eltern und dritten Bezugspersonen positive Reaktionen, wie Aufmerksamkeit und Zuwendung bewirkt. Bei resilienten Kindern sind die Selbsthilfefertigkeiten gut entwickelt. Sie sind selbstständiger, selbstbewusster und unabhängiger. Durch ihre Offenheit und Freundlichkeit finden sie schnell einen guten Kontakt zu Gleichaltrigen und Erwachsenen. Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten sowie Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl sind weitere Schutzfaktoren von resilienten Kindern. Sie können ihre Gefühle besser formulieren und Signale anderer Personen besser verstehen. Des Weiteren können sie in Problemsituationen angemessener reagieren und gehen Probleme durch Verantwortungsbereitschaft- und Übernahme aktiv an. Das kindliche positive Selbstwertgefühl bewirkt bei den Kindern eine innere Zufriedenheit mit sich selbst und stärkt das Vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten und das Wissen, was hilfreich ist, schwierige Situationen als

Herausforderung zu bewerten und angemessen zu bewältigen. Ihr hohes Selbstvertrauen bewirkt eine Willensstärke, die sie dazu ermutigt, neuen Situationen mit Neugier zu begegnen. Durch die wirksame Nutzung von Fähigkeiten zeigen resiliente Kinder eine gute schulische Leistungsfähigkeit. Eine hohe Ausdauer und damit einhergehende positive schulische Leistungen sind eine Quelle für Selbstbestätigung und Anerkennung. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist ein besonders prägender Resilienzfaktor, da er das Denken und die Motivation eines Menschen beeinflusst. Die Kinder sind davon überzeugt durch ihr Handeln etwas bewirken zu können was sich positiv auf ihr Explorationsverhalten auswirkt. Im Jugendalter zeigen resiliente Kinder oft eine hohe Selbstkompetenz und ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Sie sind in der Lage, eigene Gefühle wahrzunehmen und diese anderen mitzuteilen. Sie zeigen viel Einfühlungsvermögen und können sich gut in Gruppen integrieren und sich in diesen angemessen Verhalten. Die Jugendlichen zeigen Verantwortungsbewusstsein, Selbstständigkeit und Zielorientiertheit. Außerdem haben resiliente Jugendliche in ihrem Streben nach Berufs- und Lebenszielen eine Planungskompetenz inne. Diese Kompetenz steht im engen Zusammenhang mit guten Problemlösefähigkeiten, Selbstwirksamkeitserwartungen und der Fähigkeit eigenständig Entscheidungen zu fällen (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 53ff.).

2.2.2 Familienzentrierte Schutzfaktoren

Diese tragen neben den generellen und personellen Schutzfaktoren zur Entwicklung von Resilienz bei Kindern bei. Eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson, welche prompt, feinfühlig und fürsorglich auf die kindlichen Signale reagiert sowie dem Kind altersgemäße Anregung und Förderung zukommen lässt, ist die Basis für Entwicklung von Resilienz. Verlässliche Bezugspersonen stellen für die Kinder eine Quelle der Sicherheit dar, was sich positiv auf die Ausgeglichenheit, die Konzentration sowie das explorative Verhalten auswirkt. Kinder erleben durch die Bezugspersonen Sicherheit, verlässliche Unterstützung und Anerkennung, welche die Entwicklung des Selbstwertgefühls, des Selbstvertrauens, der Selbstwirksamkeit der sozialen Kompetenzen sowie die Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten fördert. Ebenso erfahren Kinder durch eine sichere Bindung Freiräume, um sich altersgemäß ablösen zu können und Beziehungen zu Gleichaltrigen und anderen Erwachsenen aufbauen zu können. Ein positives Erziehungsklima trägt ebenso zur Resilienzentwicklung bei Kindern bei. Gemeinsame und regelmäßige Freizeitaktivitäten, elterliche Wärme sowie klare Regeln für das Verhalten und soziale Miteinander kennzeichnen ein positives Familienklima. Die Erziehung ist angemessen und kann bei Bedarf fordernd und kontrollierend sein.

Bei der Erziehung sind die Rollen der Eltern und Kinder klar unterschieden und es bestehen feste Regel und Grenzen, die je nach Situation an Durchlässigkeit variieren können. So kann sich ein Familiensystem angemessen an Veränderungen anpassen, was zur Funktionalität der Familie beiträgt. Eine gute Paarbeziehung ist ein weiterer Schutzfaktor für Kinder. Kinder lernen anhand von Beobachtungen der elterlichen Verhaltensweisen. Wenn Kinder erleben, dass ihre Eltern offen über ihre Gefühle sprechen, gemeinsam angemessene Lösungen für Konflikte entwickeln sowie liebevoll und respektvoll miteinander umgehen, dann gibt ihnen dies Sicherheit und ein einflussreiches positives Lernmodell. Die konstruktive Überzeugung der Familie spielt ebenso eine entscheidende Rolle. Resiliente Familien sind davon überzeugt, Probleme als Herausforderungen zu verstehen und diese durch familiären Zusammenhalt am besten zu lösen. Flexibilität und Verbundenheit sind zwei weitere Merkmale resilienter Familien. Sie sind in der Lage sich bei Bedarf als gesamte Familie auf neue Situationen flexibel einzustellen. Dabei werden die vorhandenen Probleme sondiert und entsprechende Veränderungen vorgenommen, um schnellstmöglich eine Normalität für die Familie wiederherzustellen. In diesen Prozessen ist die Verbundenheit, also die emotionale Bindung und die damit einhergehende Verantwortung für jedes Familienmitglied von großer Bedeutung (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 58ff.).

2.2.3 Soziale Schutzfaktoren

Die Soziale und emotionale Unterstützung durch dritte Personen außerhalb der Kernfamilie ist ein resilienzfördernder Faktor. Damit sich Kinder vertrauensvoll an dritte Bezugspersonen wenden können, bedarf es der elterlichen Erlaubnis. Besonders wenn Eltern aufgrund ihrer Erkrankungen sich nicht adäquat um ihre Kinder kümmern können, bietet der Kontakt zu anderen Bezugspersonen Schutz vor den innerfamiliären Belastungen sowie Hilfe bei der Stabilisierung im Alltag. In unterstützenden und anregenden Freundschaftsbeziehungen mit Gleichaltrigen und älteren Kindern erfahren diese Ablenkung von belastenden Situationen sowie Freude, Ungezwungenheit und Austausch. Diese Beziehungen stellen außerdem Ressourcen dar, weil von anderen Kindern durch Beobachtung und Nachahmung soziale Kompetenzen und Problemlösungsstrategien erlernt werden. Ebenso sind positive Erfahrungen in der Schule und Integration in der Freizeit resilienzfördernde Schutzfaktoren. Die Schule kann als Ort von Anerkennung, Zuwendung, Einbindung in Freundschaftsnetzwerken und Ausgleich dienen. (ebd., S. 62ff.).

2.2.4 Spezielle Schutzfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Obwohl noch keine ausreichend kontrollierten empirischen Erhebungen vorliegen, zeigen Ergebnisse qualitativer Studien, dass betroffene Kinder zwei spezifische Schutzfaktoren entwickeln (vgl. Lenz und Kuhn 2011, S. 287). Diese beziehen sich auf das „[...] Krankheitswissen und Krankheitsverstehen der Kinder und offener und aktiver Umgang mit der Krankheit in der Familie“ (Lenz und Brockmann 2013, S. 69). Dabei geht es nicht vorrangig um eine reine Wissensvermittlung über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils, sondern vielmehr um die Befähigung der Kinder die Situation besser zu verstehen, um ihre Handlungsspielräume sowie Selbstwirksamkeit (wieder) herzustellen und zu fördern. Die Aufklärung soll an die Bedürfnisse der Kinder angepasst und an ihrem vorhandenen Wissen angeknüpft werden (vgl. Lenz und Kuhn 2011, S. 287f.). „Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn die Kinder eine altersgemäße Aufklärung über die elterliche Erkrankung erfahren, die ein Verstehen der elterlichen Verhaltensweisen und der Auswirkungen auf das Familienleben ermöglichen und wenn Eltern lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Krankheit umzugehen“ (Lenz und Brockmann 2013, S. 73). Das Resilienzkonzept identifiziert reichsspezifische sowie spezielle Schutzfaktoren für eine gelingende kindliche Entwicklung. Diese wirken der Vulnerabilität entgegen und vermindern das Risiko von Entwicklungsstörungen oder gar der Entstehung einer psychischen Störung beim Kind selbst. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage inwieweit diese protektiven Faktoren bei Kindern psychisch erkrankter Eltern durch Risikofaktoren gefährdet sind und durch entsprechende Maßnahmen gefördert oder gar wiederhergestellt werden müssen? Die mit der elterlichen Erkrankung einhergehenden möglichen Risikofaktoren und deren Auswirkungen sollen Inhalt der nächsten beiden Kapitel sein.

3. Perspektive der Kinder

In diesem Kapitel wird ein Überblick über das Belastungserleben, der altersspezifischen Auswirkungen sowie der daraus resultierenden Bewältigungsstrategien von betroffenen Kindern gegeben. Anhand der kindlichen Perspektiveinnahme soll die Problematik betroffener Kinder verdeutlicht werden, sowie als Basis für eine Schlussfolgerung und Begründung von Unterstützungsmöglichkeiten dienen.

3.1 Belastungserleben betroffener Kinder

Eine psychische Erkrankung von Eltern hat auf alle Familienmitglieder Auswirkungen. Studien der Risikoforschung stimmen in ihren Ergebnissen überein, dass eine psychische Erkrankung der Eltern ein besonderer Risikofaktor für die Entwicklung der betroffenen Kinder darstellt (vgl. Lenz 2014b, S. 41). Bei Kindern psychisch erkrankter Eltern ist die Gefahr selbst eine psychische Störung zu entwickeln um das 2- bis 10-Fache (in Abhängigkeit von der Erkrankung) erhöht (vgl. Mattejat et al. 2011, S. 17). Das allgemeine Risiko für betroffene Kinder selbst zu erkranken, ist im Vergleich zu Kindern von nicht erkrankten Elternteile um das Vierfache erhöht (vgl. Lenz 2012, S. 13). Die daraus entstehenden krankheitsbedingten Belastungen stehen in einem prozesshaften Wechselspiel.

Je nach Alter und Geschlecht des Kindes, Störungsart der elterlichen Erkrankung sowie Alter des Kindes bei der Ersterkrankung ergeben sich verschiedenste Belastungskonstellationen. Diese wirken situationsabhängig für sich allein, können sich kombinieren oder gegenseitig verstärken. Die kindlichen Belastungen wurden anhand von quantitativen und qualitativen Studien in verschiedenster Literatur ausführlich beschrieben: Lenz 2005, 2008, 2013; Mattejat 2011, 2014; Schmutz 2010; Schone, Wagenblass 2010 und Wiegand-Grefe et. al. 2011.

Es folgt ein allgemeiner Überblick über die definierten Belastungen nach Mattejat (2014):

- Desorientierung: Kinder können die Probleme und Handlungsweisen ihrer Eltern nicht verstehen.
- Schuldgefühle: Kinder entwickeln altersabhängig Schuldgefühle, da sie glauben an der Erkrankung des Elternteils Schuld zu sein (magisches Denken bei Kindern im Kindergartenalter).
- Tabuisierung: Kinder erleben in ihrer Familie oft, dass sie über die Erkrankung und der damit verbunden eigenen Sorgen und Probleme mit niemanden außerhalb der Familie sprechen dürfen. Eine Folge davon kann eine kindliche Isolation sein.

- Isolierung: Kinder wissen nicht mit wem sie über ihre Probleme reden können und sind somit alleingelassen.
- Betreuungsdefizit: Es fehlt den Kindern an altersadäquater Aufmerksamkeit und Zuwendung. Des Weiteren fehlen notwendige elterliche Führung und Anleitung, da die Eltern mit ihren eigenen Problemen beschäftigt und überfordert sind.
- Zusatzbelastungen: Durch die Erkrankung eines Elternteils entstehen zusätzliche Aufgaben in der Häuslichkeit welche die kindlichen Bedürfnisse in den Hintergrund drängen.
- Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung): Kinder übernehmen elterliche Funktionen, da sie sich für ihre Eltern und Familie verantwortlich fühlen. Oft sind diese Kinder mit ihrer (vertauschten) Rolle überfordert.
- Abwertungserlebnisse: Kinder erleben, dass sie und ihre Familie aufgrund der elterlichen Erkrankung von außenstehenden Personen stigmatisiert werden.
- Loyalitätskonflikt innerhalb der Familie: Kinder werden in Konfliktsituationen der Eltern einbezogen, was dazu führt, dass sie das Gefühl haben sich zu einem Elternteil positionieren müssen.
- Loyalitätskonflikt außerhalb der Familie: Kinder schämen sich in ihrem sozialen Umfeld für ihre Eltern und Familie und sind zwischen Loyalität und Distanzierung hin- und hergerissen (vgl. Mattejat 2014, S. 88f.).

3.2 Entwicklungspsychologische Aspekte

Besteht oder entwickelt sich während der Schwangerschaft eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung muss bei einer Medikamenteneinnahme überprüft werden in wie weit die Präparate toxisch auf den Embryo / Fötus wirken könnten. In der Schwangerschaft können Ängste vor einer engeren Partnerschaft aufgrund des zu erwartenden Nachwuchses entstehen. Des Weiteren kann eine krisenhafte Krankheitsentwicklung die erste Mutter-Kind-Bindung gefährden.

Eine psychische Erkrankung kann sich negativ auf die Interaktion zwischen dem Kind im Säuglingsalter (null bis zwölf Monate) und der primären Bezugsperson, welche meist die Mutter ist, auswirken. Besondere Gefahr für die Bindungsentwicklung besteht darin, dass die Signale des Kindes nicht wahrgenommen werden können und entsprechende bindungsfördernde feinfühlig und prompte Reaktionen ausbleiben. In akuten Krisen besteht die Gefahr von Vernachlässigung und Missbrauch.

Die gestörte Mutter-Kind-Interaktion zeigt sich durch emotionale Unerreichbarkeit oder Überstimulierung. Bei der Unerreichbarkeit erfolgen Reaktionen auf die kindlichen Signale so spät, dass diese vom Säugling nicht mehr als Antwort wahrgenommen werden, während bei der Überstimulierung das Kind, auch wenn es sich abwendet, durch permanente Reize zu Reaktionen aufgefordert wird (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 67ff.).

Im Kleinkindalter (ein bis zwei Jahre) kann sich eine psychische Erkrankung zum Beispiel bei einer Angst- oder Zwangsstörung einschränkend auf das Explorationsverhalten des Kindes auswirken, da die elterlichen Ängste auf das Kind übertragen werden. Kommt es aufgrund der Erkrankung zu einer Häufung von wechselnden Affekten in der Eltern-Kind-Interaktion, wird die Bezugsperson für das Kind unberechenbar und gefährdet somit die Beziehung (ebd., S. 69f.). Empirisch belegte Studien in der Vulnerabilitätsforschung von Lauch et al., (1992); Cohn et al., (1990); Field et al., (1990) konnten die wechselseitige Beeinflussungen zwischen Säuglingen, Kleinkinder und Mutter belegen, die sich auf die psychische Gesundheit der Mutter auswirkt und somit für eine Einbeziehung des Kindes in die Behandlung der Mutter spricht (vgl. Lenz 2005, S. 24).

Im Kindergarten und Vorschulalter (drei bis fünf Jahre) besteht eine ausgeprägte Form des magischen Denkens. Hat ein betroffenes Kind durch die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung keine Austauschmöglichkeiten, erklärt es sich die erlebten Situationen selber. Das magische Denken kann dazu führen, dass Kinder glauben die auffälligen Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils verursacht zu haben. Durch die altersgemäße Entwicklung eines kindlichen Gewissens entstehen Schuldgefühle gegenüber dem erkrankten Elternteil (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 71f.).

Im Grundschulalter bis zur Pubertät (sechs bis elf Jahre) beziehen sich die Sorgen der Kinder auf die geringe Belastbarkeit des betroffenen Elternteils, elterliche Konflikte, Wissen um finanzielle Probleme und die Angst vor Trennung der Eltern. Betroffene Kinder können Desinteresse an alterstypischen Aktivitäten zeigen und haben zum Teil wenig Kontakt zu Gleichaltrigen. Je nach Art der elterlichen Störung sind psychotherapeutische Maßnahmen für das Kind notwendig, was eine Krankheitseinsicht und Mitarbeitsbereitschaft des betroffenen Elternteils voraussetzt (ebd., S. 72f.).

In der Pubertät und Jugendalter (zwölf bis achtzehn Jahre) findet eine kritische Auseinandersetzung mit den elterlichen Verhaltensweisen und Eigenschaften statt, was eine Stärke der Eltern voraussetzt. Die elterliche Erkrankung vermindert die Verfügbarkeit, den Jugendlichen als Objekt für die identitätsstiftende Auseinandersetzung zur Verfügung zu stehen. Ebenso befinden sich betroffene Jugendliche in dem Zwiespalt von Wunsch nach Autonomie und Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem erkrankten Elternteil. Durch die erhöhte Reflexionsfähigkeit informieren sich Jugendliche selbstständig über die elterliche Erkrankung. Dies kann Befürchtungen auslösen, durch eine genetische Vorbelastung selbst zu erkranken (ebd., S. 73f.).

3.3 Kindliche Bewältigungsstrategien

Die Auswirkung der Belastungen auf die kindlichen Bewältigungsstrategien und das damit einhergehende kindliche Verhalten, können zu einem besseren fachlichen Verständnis beitragen, weshalb das Kind so ist wie es ist und welche Gründe es für sein Verhalten hat.

Kinder haben im Gegensatz zu Erwachsenen ein anderes Stresserleben, ebenso schätzen sie ihre Bewältigungsmöglichkeiten anders ein. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Kindern bestimmte Copingstrategien noch nicht zur Verfügung stehen oder von Erwachsenen nicht geduldet werden (vgl. Lenz 2008, S. 41). Auf Basis einer qualitativen Analyse von Bewältigungsstrategien betroffener Kinder und Jugendlicher von Schröder-Korf (2010) wurden fünf unterschiedliche Typen der Bewältigung einer elterlichen psychischen Erkrankung herausgearbeitet. Auch wenn die Ergebnisse keine repräsentative Erhebung darstellen, so können sie doch dazu beitragen einen differenzierteren Blick auf das Bewältigungsverhalten von betroffenen Kindern zu erhalten, welcher für die Weiterentwicklung von Präventions- und Interventionsangeboten genutzt werden kann (vgl. Schröder-Korf et al. 2013, S. 95). Die Altersspanne der befragten Kinder lag zwischen fünf und zweiundzwanzig Jahren. Die überwiegende Anzahl der Kinder dieser Stichprobe sind im Kindergarten oder Vorschulalter mit der elterlichen Erkrankung konfrontiert worden. Einige Kinder begleitet die Krankheit schon ein Leben lang (ebd., S. 96ff.).

- Der Typus des Extrovertierten zeigt sich willensstark und handelt impulsiv. Er versucht ohne Rücksichtnahme seine Bedürfnisse durchzusetzen und fordert viel Aufmerksamkeit.

- Der Parentifizierte übernimmt die Verantwortung für das familiäre Klima. Dieser Typus übernimmt auf Kosten seiner eigenen Bedürfnisse die Elternrolle und versucht Eskalationen in der Familie zu verhindern. Das betroffene Kind zeigt große Rücksichtnahme gegenüber Anderen, ist aber mit der Situation überfordert, hilflos und äußert Selbstvorwürfe.
- Der unsichtbare Typus kennt seine eigenen Bedürfnisse nicht und verhält sich sehr passiv. Durch das sehr angepasste Verhalten nimmt ihn seine Umwelt nicht wahr.
- Der abtauchende Typus entflieht der Realität in eine Parallelwelt. Dadurch wird die Auseinandersetzung mit der Situation vermieden, da das Kind glaubt dieser hilflos ausgeliefert zu sein. Mangelnde Kommunikationsfähigkeit und aggressive Konfliktlösungsstrategien sind weitere Merkmale des Typus.
- Ein starkes Selbstbewusstsein und Selbstständigkeit zeichnen den Typus des dem Leben Zugewandten aus. Dem Kind stehen bei der Problembewältigung vielfältige Ressourcen zur Verfügung. Durch eine Distanzierung von der elterlichen Erkrankung schützt sich das Kind ohne dabei die Familie aus dem Blick zu verlieren. Der Typus handelt aktiv, sorgt für sich und besitzt ein hohes Kohärenzgefühl (ebd., S. 104f.).

In der Bewältigungsforschung wird davon Ausgegangen, dass Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl über mehr Flexibilität bei der Auswahl von situationsangemessenen Bewältigungsstrategien verfügen. Hingegen reagieren Menschen mit einem geringen Kohärenzgefühl starr und unflexibel auf Anforderungen (vgl. Lenz 2005, S. 20). Das Kohärenzgefühl hängt nach Antonovsky (1993) von der Verfügbarkeit und der Mobilisierbarkeit von generalisierten Widerstandsressourcen ab (ebd., S. 21). „Sind generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden, die wiederholt konsistente Erfahrungen ermöglichen, und die Einfluss- bzw. Gestaltungsmöglichkeiten sowie eine Balance von Über- und Unterforderungen beinhalten, dann entsteht ein starkes Kohärenzgefühl“ (ebd.). Die kindliche Bewältigung der elterlichen Erkrankung unterliegt verschiedensten Einflussfaktoren, welche wechselwirkend im Zusammenhang stehen. Bei der Analyse wurde deutlich das betroffene Kinder überwiegend dysfunktionale unangemessene Bewältigungsstrategien nutzen. Lediglich die Gruppe >>Der dem Leben Zugewandten<< zeigte ein problemorientiertes und situationsangemessenes Bewältigungsverhalten (vgl. Schröder-Korf et al. 2013, S. 117ff.).

Aus der Analyse geht die Gruppe des Typus der dem Leben Zugewandte als resilient hervor, obwohl die Kinder unterschiedlichen Alters und Geschlechts und ebenso unter dem Einfluss der gleichen elterlichen Erkrankung aufwuchsen (ebd., S. 122). „Der Blick auf diese positiv bewältigende Gruppierung zeigt auf, dass eine frühe Stärkung der Kinder, eine altersgemäße Information über die elterliche Erkrankung, eine Enttabuisierung, eine Verbesserung der familiären Krankheitsbewältigung sowie eine Verbesserung der Paar- und Familiendynamik und der innerfamiliären und außerfamiliären Kommunikation wichtig sind. Denn erst das Zusammenspiel, möglichst aller dieser Faktoren, führt zu einer positiven Bewältigung und zu einem erfüllten und selbstbestimmten Leben“ (ebd.).

3.4 Wünsche der betroffenen Kinder

Lenz (2005) stellt in seiner qualitativen Studie zusammenfassend fest, dass betroffene Kinder schon im Alter von sieben Jahren in der Lage sind sich gegenüber der Elternperspektive kritisch zu positionieren. Dies setzt voraus, dass die Fragestellung die Belange und Erfahrungen der Kinder beinhalten, um valide Informationen zu erhalten. Die befragten Kinder empfanden als besonders wichtige Unterstützung ehrliche Antworten auf ihre Fragen. Es ging ihnen nicht um eine Schonung, sondern die Wahrheit über die aktuelle Situation. Jugendliche formulierten ihre Wünsche dahingehend, dass sie in die Behandlung des erkrankten Elternteils miteinbezogen werden. Des Weiteren wurde das Bedürfnis nach Kontakt- und Austauschmöglichkeiten in Gruppen deutlich (vgl. Lenz 2005, S. 127ff.).

4. Perspektive der Eltern

Neben der kindlichen Sichtweise ist es sinnvoll die Perspektive der Eltern zu betrachten, um einen umfassenderes Verständnis für die Lebenslage betroffener Familien zu erlangen. Betroffene Eltern müssen sich zum einen mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen und zum anderen sich weiterhin um das Aufwachsen ihrer Kinder kümmern. Somit befinden sie sich in einem komplexen Spannungsfeld zwischen Alltagsbewältigung und Genesung. Neben den Anforderungen einer Behandlung der jeweiligen Erkrankung, sind sie weiterhin gefordert, den alltäglichen Aufgaben der elterlichen Kindererziehung, Gestaltung des Familienlebens sowie, wenn vorhanden, der Partnerschaft weitestgehend gerecht zu werden. Eine psychische Erkrankung eines Elternteiles stellt alle Familienangehörigen vor große Herausforderungen, da sie eine Verminderung von Belastbarkeit und emotionaler Verfügbarkeit mit sich bringt. Somit sind betroffene Familien zusätzlichen Belastungen ausgesetzt als es gesunde Familien so schon sind.

„Familie und Partnerschaft sind gleichzeitig Fundament und Quelle unseres Zusammenlebens. Es ist die Umwelt, in der wir uns entwickeln und unsere ersten emotionalen Erfahrungen machen“ (Fidalgo das Neves et al. 2013, S. 70). Aus diesem Verständnis für Familie ergibt sich, dass eine psychische Störung eines oder beider Elternteile belastende Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem darstellen können und somit als Familienkrankungen verstanden werden können (vgl. Hoch et al. 2013, S. 125).

4.1 Belastungserleben der erkrankten Eltern

Erkrankte Elternteile ziehen genau wie gesunde Eltern aus ihrer Elternschaft und der damit einhergehenden Erziehungsaufgabe Kraft und Sinnhaftigkeit für ihr eigenes Leben. Sie möchten ihren Kindern nahe sein, sie lieben und von ihnen geliebt werden, sich um sie Sorgen und für sie verantwortlich sein (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 43). Elternschaft kann im Sinne einer erfolgreich in Angriff genommenen Entwicklungsaufgabe Havighurst (1953) persönliche Stabilität und Selbstbewusstsein fördern (vgl. Seiffge-Krenke 2012, S. 248). Kinder von psychisch erkrankten Eltern stellen einen besonderen Halt für sie dar, da die Verantwortung für das Kind als sinnstiftende Aufgabe verstanden wird, besonders dann, wenn alles andere sinnlos erscheint. Die erfolgreiche Bewältigung der alltäglichen elterlichen Aufgaben fördert die Selbstwirksamkeit des erkrankten Elternteiles (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 43f.). Neben den positiven Auswirkungen von Elternschaft kann die elterliche Verantwortung besonders in akuten Krankheitsphasen von dem betroffenen Elternteil als sehr belastend empfunden werden. „Die psychische Erkrankung eines Elternteils – insbesondere der Mutter – kann im zeitlichen Verlauf immer wieder mit einer Beeinträchtigung in der Versorgung und Erziehung der Kinder einhergehen. Diese krankheitsbedingten Einschränkungen in der Betreuungs- und Erziehungsfunktion belasten den erkrankten Elternteil zusätzlich und verstärken die Schuldgefühle, wie auch seine Ängste und Sorgen über die Zukunft der Kinder“ (Lenz 2005, S. 34). Betroffenen Elternteile erleben häufig das Gefühl eine schlechte Mutter oder schlechter Vater zu sein. Trotz der Sorge für die kindlichen Belastungen verantwortlich zu sein, werden Trennungen vom Kind besonders von Müttern vermieden, da sie ihrer Verantwortung als Bezugsperson nachkommen wollen. Oft werden Klinikaufenthalte hinausgezögert oder frühzeitig abgebrochen. Die, von dem betroffenen Elternteil, bewusst erlebten Einschränkungen der eigenen Erziehungskompetenzen können zu Sorgen führen, dass sie ihr Kind durch ihr Verhalten verängstigen oder im schlimmsten Fall vernachlässigen, körperlich verletzen oder misshandeln (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 45f.).

Fehlt ein kompensatorisch einwirkender Lebenspartner oder eine dritte Bezugsperson, welche sich um die Betreuung der Kinder kümmern kann, besteht die Gefahr, dass sich die familiäre Situation zuspitzt. Dies kann dazu führen, dass Aufgrund einer entstehenden Kindeswohlgefährdung, die Herausnahme des Kindes und ein Eingriff in das elterliche Sorgerecht erfolgt (vgl. Lenz 2005, S. 34). Nach Lenz und Brockmann (2013) ist die Sorge der betroffenen Eltern berechtigt, da von circa 6000 Sorgerechtsentzügen mindestens ein Drittel auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 46). Der Verlust des Sorgerechts und Verlust der Beziehung zum eigenen Kind kann eine gesundheitliche Gefährdung für den erkrankten Elternteil darstellen (Lenz 2005, S. 34). Aus Angst vor dem Sorgerechtsentzug oder dem Verlust des Kindes nehmen viele erkrankte Eltern entsprechend geeignete Hilfe nicht Anspruch. Des Weiteren wissen viele betroffene Eltern häufig nicht, wo sie geeignete Hilfe erhalten können und sind sich nicht über ihren Rechtsanspruch auf Hilfe bewusst, welcher im § 27 SGB VIII verankert ist. Angst vor Stigmatisierung und Schamgefühl über die eigene Erkrankung verhindert ebenso, dass erkrankte Eltern sich aktiv um Hilfe bemühen (ebd., S. 34f.). Trotz dessen machen sich betroffene Eltern Sorgen um die Entwicklung ihrer Kinder. Ein Großteil der Eltern schätzen ihre Kinder als psychisch belastet ein und nehmen bei ihnen emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität wahr. In diesem Zusammenhang entwickeln sich bei den Eltern Fragen um die Vererbbarkeit ihrer eigenen Erkrankung was zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen führt. Für die Eltern entsteht ein Konflikt zwischen Elternschaft und eigener Erkrankung, bei dem sie sich alleingelassen fühlen, wenn die Kinder in der elterlichen Behandlung nicht berücksichtigt werden (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 47).

4.2 Auswirkungen auf die Elternschaft

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist sehr vielfältig. Betroffene können trotz gleicher Diagnose unterschiedliches Verhalten zeigen. Somit hat die Erkrankung wenig Aussagekraft über die Erziehungskompetenzen der betroffenen Eltern. Psychische Erkrankungen verlaufen oft episodenhaft. Dies hat zur Folge, dass es Phasen gibt, bei der Eltern stabil und wenig bis gar keine Unterstützung benötigen, aber auch krisenhafte Phasen bei denen sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Kinder angemessen zu versorgen und somit auf eine sogenannte Rund-Um-Versorgung angewiesen sind (vgl. Wagenblass 2012, S. 71f.). Psychisch erkrankte Eltern haben oft Probleme die emotionalen Signale und Reaktionen ihrer Kinder zu bemerken und in angemessener und feinfühligere Weise darauf zu reagieren. Die kindlichen Signale werden von ihrer eigenen Emotionalität überlagert oder werden aufgrund vorhandener Defizite im Bereich der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung nicht wahrgenommen. Dies hat zur Folge, dass den Kindern wenig situationsangemessene Bewältigungsstrategien vermittelt werden, welche sie für eigenes Leben in der Gesellschaft benötigen (vgl. Schmid et al. 2011, S. 182). Betroffene Familien können sich durch die wechselwirkenden Belastungen und Auswirkungen in einem schwer zu durchbrechenden Kreislauf wiederfinden, denn „[...] die höhere psychische Belastung der Kinder durch die elterliche Erkrankung verstärkt die Symptomatik der Kinder und beeinflusst über den erhöhten elterlichen Stress wiederum die psychische Erkrankung der Eltern negativ, welche sich wiederum auf die Belastung der Kinder auswirken kann oder gar muss. Eine emotional negativ aufgeladene Familieninteraktion und belastende Interaktionen zwischen dem psychisch kranken Elternteil und den anderen Familienmitgliedern sowie übermäßiger elterlicher Stress gehen dabei mit einem wesentlich höheren Rückfallrisiko für fast alle psychische Störungen einher“ (Schmid et al. 2011, S. 193). Jedoch muss die Einschränkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsauswirkungen und deren möglicher Episodenhaftigkeit immer im Detail betrachtet werden. Die Erziehungsfähigkeit erfasst in einem mehrdimensionalen Konzept das elterliche Verhalten. Wagenblass (2012) bezieht sich auf Schwabe-Höllein; Heinz Kindler (2006), welche in Anlehnung an Paul D. Steinhauer (1991) die Erziehungsfähigkeit in fünf Dimensionen unterscheiden. Die Unterscheidungen beinhalten die elterliche Bereitschaft als Bezugsperson für das Kind zur Verfügung zu stehen, auf kindliche Signale angemessen zu reagieren, Werte und Regeln dem Kind zu vermitteln, dem Kind wertschätzend und nicht ablehnend zu begegnen und die Herstellung von Kontinuität in Erziehung, Beziehung und Umfeld (vgl. Wagenblass 2012, S. 73).

In diesem Zusammenhang verweist Lenz (2008) auf die von Petermann und Petermann (2006) erarbeitete Übersicht von sechs Komponenten der Erziehungskompetenzen (vgl. Lenz 2008, S. 113). Neben der Erziehungsfähigkeit hat die Entwicklungsperspektive der Eltern eine wichtige Relevanz, um die Veränderungsmöglichkeiten der Eltern zu berücksichtigen. Nach Kunkel (2006) bedarf es drei Verhaltensdispositionen seitens des Elternteiles. Die Einsichtsfähigkeit und –Bereitschaft, dass die vorhandenen elterlichen Kompetenzen nicht ausreichen, um eine dem Kindeswohl entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Die Bezugsperson muss dazu bereit und in der Lage sein, etwas an ihrem Verhalten zu ändern und Kooperationsbereitschaft bei der Zusammenarbeit mit den Unterstützungssystemen wie Jugendhilfe und Psychiatrie zeigen. In der Fachliteratur wird betont, dass die Erziehungsfähigkeit zwar ein zentrales, aber nicht alleiniges Merkmal für die Einschätzung des Kindeswohls ist. Um eine konkrete Einschätzung vornehmen zu können, müssen neben der elterlichen Erziehungsfähigkeit die Belastungen und Auswirkungen auf das Kind betrachtet werden (vgl. Wagenblass 2012, S. 72f.).

4.3 Unterstützungsbedarfe der Eltern

Neben den konkreten Wünschen der Eltern, findet sich in der Fachliteratur anhand von quantitativen und qualitativen Studien entsprechende Unterstützungsbedarfe der betroffenen Eltern und Familien. Eine qualitative Studie von Fidalgo das Neves; Wienand-Kranz; Wiegand-Grefe (2013) beschäftigte sich ausführlich mit den Bewältigungsstrategien der an der CHIMPs-Beratung (CHIMPs = children of mentally ill parents) teilnehmenden Elternpaaren, bei denen zu dem Erhebungszeitpunkt mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt war. Die Ergebnisse zeigten einen engen Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und Defiziten im dyadischen Coping, also den Bewältigungsstrategien von Paaren. Die MitarbeiterInnen kamen zu dem Fazit, dass die Förderung der dyadischen Copingkompetenzen bei Paaren mit einem psychisch erkrankten Elternteil ein sinnvoller Schritt bei der Behandlung von betroffenen Familien und somit eine wirksame Prävention und Intervention sein könnte (vgl. Fidalgo das Neves et al. 2013, S. 92). Von einer funktionalen situationsangemessenen Bewältigung auf der Paarebene kann das gesamte Familiensystem profitieren. Eine Untersuchung von Hoch; Wienand-Kranz; Wiegand-Grefe (2013), welche sich mit familiären Bewältigungsstrategien bei psychisch erkrankten Eltern auseinandersetzte, zeigte auf, dass psychische Erkrankungen auch immer Familienerkrankungen sind.

Neben dem betroffenen Elternteil werden alle Familienmitglieder sowie die innerfamiliären Beziehungen belastet. Ebenso prägt die Erkrankung eines Elternteils das Aufwachsen und erwachsen sein. Hoch et al. (2013) verweist auf die Befragung von Wagenblass (2003), bei der die betroffenen erwachsenen Kinder bestätigten, dass die Belastungen nicht verschwinden, sondern sich verändern. Die Bewältigungsstrategien der, sich als resilient zeigenden Familien, diene als Basis für die Formulierung von Präventionsmöglichkeiten. Diese umfassen, dass Prävention so früh wie möglich und so niederschwellig wie möglich ansetzen sollte, damit betroffene Familien diese ohne größere Ängste vor Benachteiligung annehmen. Dabei sollten die Angebote auf die Förderung von den Erziehungskompetenzen der Eltern, positive Bindungsmuster in der Eltern-Kind-Interaktion, offener Umgang mit der Erkrankung in den Familien und die Stärkung der Elternschaften in Geburtsvorbereitungskursen abzielen (vgl. Hoch et al. 2013, S. 146ff.).

4.4 Wünsche von betroffenen Eltern

Albert Lenz (2005) befragte stationär behandelte Eltern bezüglich ihrer Unterstützungswünsche für ihre Kinder. Dabei wurde deutlich, dass sich die Hilfen im Spektrum des SGB V wiederfanden. Weniger wurden Unterstützungswünsche explizit an das Jugendamt formuliert. Betroffene Eltern wünschten sich psychoedukative Angebote für ihre Kinder. Mütter mit kleinen Kindern schätzen ein, dass Unterstützung bei der Erziehung und im emotionalen Umgang mit dem Kind, hilfreich wäre. Psychotherapeutische Hilfen wurden für die eigenen Kinder gewünscht, um sie bei ihrer Belastungsbewältigung zu unterstützen sowie vorhandenen Auffälligkeiten zu bearbeiten. Außerdem wurden Unterstützung im Freizeitbereich, Kontakte mit Gleichaltrigen, Hilfen bei Schularbeiten und im Haushalt für die eigenen Kinder gewünscht (vgl. Lenz 2005, S. 35).

5. Unterstützungsmaßnahmen für betroffene Kinder und deren Familien

Die Erkenntnisse aus den Kapitel drei und vier verdeutlichen die Problematik, in der sich betroffenen Familien befinden. Aufgrund der verschiedenen Belastungen resultiert ein Hilfebedarf auf der Ebene des Kindes, der Eltern und der gesamten Familie. Besonders das Zusammenwirken von mehreren Belastungsfaktoren kann die kindliche Entwicklung schwerwiegend beeinflussen, da diese sich wechselseitig verstärken. Lenz und Kuhn verweisen bei der Entstehung und Weiterentwicklung von bereichsspezifischen Resilienzen auf die Diskrepanz zwischen Anforderung und Bewältigungsressourcen. Ist diese relativ klein, bleibt eine Anforderung durch vermehrte Anstrengung regulierbar. Jedoch bewirken gravierende Differenzen pathogene Strukturen (vgl. Lenz und Kuhn 2011, S. 272ff.). In diesem Sinne muss eine Balance zwischen Belastung und Bewältigungsressourcen vorhanden sein, welche im Idealfall zu Gunsten der Ressourcen ausfällt und somit Störungen der kindlichen Entwicklung, unter Rückgriff auf vorhandene Bewältigungsressourcen, vermindert oder abgewendet werden. Hirsch (2015) verweist darauf „[...] dass etliche, als protektiv benannte Faktoren, der besonderen Lebenskonstellation von Kindern psychisch kranker Eltern folgewidrig gegenüberstehen und der beschriebenen Zielgruppe nicht problemlos zugänglich sind“ (Hirsch 2015, S. 31). Daraus ergibt sich im Sinne von Prävention und Intervention, die identifizierten Schutzfaktoren betroffener Kinder und deren Eltern zu fördern und zu stärken (ebd.).

5.1 Prävention und Intervention

Unterstützungsangebote betroffener Familien werden in der Fachliteratur häufig als Prävention bezeichnet. Diese zielt auf die Vermeidung eines schlechteren Zustandes ab. Dabei wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Bei der Primärprävention soll die Ursache für eine Erkrankung und deren Ausbruch verhindert werden. Die Sekundärprävention bezieht sich auf die Entdeckung von Frühstadien einer Erkrankung. Auf eine Verzögerung der Verschlimmerung einer Erkrankung oder die Verhinderung von Funktionseinbußen zielt die Tertiärprävention ab. Der Begriff der Intervention wird als übergeordneter Begriff verwendet und beinhaltet therapeutische sowie präventive Maßnahmen. In der Medizin ist Intervention als aktive Form von Behandlung zu verstehen. In der Pädagogik bezieht sich Intervention auf den Eingriff in Erziehungsprozesse. Je nach Konzept beinhalten Unterstützungsangebote präventive und intervenierende Inhalte.

Die Unterstützungsangebote für betroffene Kinder in Deutschland haben ihren Ursprung in der Jugendhilfe oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und sind daher kindzentriert (vgl. Wiegand-Grefe 2014, S. 140ff.). Schrappe (2011) verweist darauf, dass es daneben auch Angebote aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie gibt, sowie von freien sozialen Vereinen (vgl. Schrappe 2011, S. 96).

Präventive und intervenierende Unterstützungen sind auf drei Ebenen verortet, sie sind entweder kindzentriert, eltern- oder familienorientiert. Neben den drei Ebenen kann analog zu dem Modell der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen Hosman et al. (2009), eine vierte Ebene, nämlich die des Umfelds, hinzugefügt werden. Auf dieser Ebene gibt es umweltorientierte Programme, die zwischen Interventionen für Fachkräfte (wie etwa Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Pschotherapeuten sowie Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen) und Netzwerkinterventionen (zum Beispiel auf Gemeindeebene) unterscheiden (vgl. Christiansen et al. 2014, S. 89). In der systematischen Literaturrecherche von Reinisch; Heitmann; Griepenstroh (2011) über Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland, wird zwischen der Ebene des Individuums und der fallübergreifenden Ebene von Präventionsangeboten differenziert. Diesbezüglich befindet sich ein Überblick von Präventionsangeboten in der Anlage dieser Arbeit (vgl. Anlage 1). Dieser beansprucht keine Vollständigkeit, sondern soll die Vielfältigkeit der Unterstützungsstrukturen in Deutschland und die verschiedenartige Fokussierung auf die bereits benannten Ebenen widerspiegeln (vgl. Reinisch et al. 2011, S. 62–83).

Christiansen; Mattejat; Röhrle (2011) verweisen in ihrer Recherche nach evidenzbasierenden (der Nachweis von Wirksamkeit) Interventionsprogrammen auf inhaltliche Gemeinsamkeiten trotz unterschiedlichster Interventionen der jeweiligen Angebote. Dazu gehören einerseits Screenings, um das Risiko und die Versorgungssituation der Kinder einzuschätzen. Andererseits ebenso die Edukation, also die Aufklärung über Ursachen und Erscheinung der elterlichen Erkrankung, genauso wie die damit verbundenen Risiken für die betroffenen Kinder und die Darstellung von vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten. Innerfamiliäre Entlastungen können erreicht werden durch Stressbewältigung, Stärkung der Erziehungskompetenzen, Familienhilfen, Aufbau eines familienexternen Betreuungssystems und schulische Unterstützung. Hilfestellung beim Umgang mit Gefühlen, um Ängste und Schuldgefühle abzubauen und Aufbau des Selbstwerterlebens.

Zudem kann die Intensivierung familienexterner Kontakte und die Aktivierung weiterer Ressourcen dafür hilfreich sein, der Gefahr von familiärer sowie kindlicher Isolierung positiv zu begegnen. Eine Stabilisierung des Familiensystems kann auch mit Hilfe von strukturellen Maßnahmen erreicht werden, wie durch Aufnahme des Kindes in die Behandlungseinrichtung der Eltern, Qualifizierung von Fachkräften und deren Vernetzung, die Herausnahme des Kindes sowie durch Sorgerechtsentzug (vgl. Christiansen et al. 2011, S. 458f.).

5.2 Kindzentrierte Unterstützungen

Prävention im Kindes- und Jugendalter setzt speziell auf der Ebene des Kindes an, wobei Einzel- und Gruppenarbeiten mit den Kindern durch Eltern- und Familienberatung ergänzt wird. Neben der individuellen Arbeit mit den Kindern und Eltern wird der Fokus ebenso auf die Eltern-Kind-Interaktion gelegt, die durch gemeinsame Aktivitäten gefördert wird (vgl. Reinisch et al. 2011, S. 66ff.).

5.2.1 Einschätzung der kindlichen Belastung

„Um frühzeitig gezielte und wirksame Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern einleiten zu können, ist eine Einschätzung der familiären Belastungen und Gefährdungen des Kindes sowie der individuellen, familiären und sozialen Ressourcen bzw. Resilienzen erforderlich“ (Lenz 2014a, S. 217 zit. n. Hirsch 2015, S. 32). Um diese von dem Autor benannte Einschätzung realisieren zu können, existieren unterschiedlichste Screening-Instrumente für Fachkräfte der Psychiatrie. MitarbeiterInnen der Jugendhilfe nutzen sozialpädagogische Diagnostiken und Checklisten, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung einzuschätzen. Aus der Anwendung von Einschätzungsvorlagen ergeben sich Informationen, welche von der Fachkraft genutzt werden können, um im Idealfall mit den betroffenen Eltern eine gemeinsame Problemeinsicht zu entwickeln. So können notwendige und je nach Bedarf, professionsübergreifende Unterstützungen initiiert werden. Ebenso kann die Risikoeinschätzung der jeweiligen Fachkraft dazu dienen, eine Helferkonferenz mit allen professionellen Beteiligten und Diensten in die Wege leiten, die in Kontakt mit der betroffenen Familie stehen. Besonders in dem Fall, wenn die betroffenen Eltern die Gefährdung ihres Kindes nicht wahrnehmen können oder wollen, benötigen die verantwortlichen MitarbeiterInnen einen konkreten und detaillierten Plan für das weitere Vorgehen im Hinblick auf eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls.

In der Anlage dieser Arbeit befindet sich eine Checkliste zur Risikoeinschätzung, welche im Rahmen eines Modellprojektes des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. Bonn erarbeitet wurde (vgl. Anlage 2). Diese Checkliste ist kein wissenschaftlich geprüftes, valides Verfahren, sondern wurde aus der Praxis heraus für die Praxis entwickelt (vgl. Mattejat und Lisofsky 2014a, S. 217f.). Eine Diagnostik ermöglicht es passende Hilfen bereitzustellen, welche die Ressourcen und vorhandene Resilienzen stärkt. Ebenso kann auf Basis der personalen-, familiären- und sozialen Resilienzfaktoren (vgl. Kapitel 2.2.1 – 2.2.4) fehlende oder verminderte Ressourcen und Kompetenzen in den Fokus der Arbeit mit der betroffenen Familie rücken.

5.2.2 Psychoedukation bei Kindern

Ein wichtiger Aspekt bei der Unterstützung von betroffenen Kindern ist eine alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung über die Erkrankung und die damit einhergehenden Verhaltensweisen des erkrankten Elternteiles (vgl. Lenz 2012, S. 104). Dies verdeutlichen die Ergebnisse der Resilienzforschung, welche die speziellen Schutzfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern identifizierten (vgl. Kapitel 2.2.4). Die Angst und das Schamgefühl über eine psychische Erkrankung zu sprechen ist bei den betroffenen Eltern sehr groß. Jedoch wird das Kind nicht durch die Informationen bezüglich der Erkrankung überfordert. Vielmehr ist es die Unwissenheit, die das Kind belastet. Daraus resultiert die fehlende Möglichkeit, die eigene Situation und die der Eltern zu verstehen (vgl. Wunderer 2014, S. 123). Die Wissensvermittlung über die Krankheit darf sich nicht auf eine reine Informationsvermittlung beschränken. Vielmehr geht es darum, dass Kinder sich die Verhaltensweisen ihres erkrankten Elternteiles erklären können, um somit Ängste zu vermindern. Ein kindliches Krankheitsverstehen erhöht die Widerstandsfähigkeit, vermittelt Hoffnung und bewirkt ein Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Ebenso bildet das Verstehen die Grundlage für Gefühle der Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, welche als Basis für das Kohärenzgefühl dienen. Um das kindliche Krankheitsverständnis zu fördern, ist es wichtig, dass die Information an den Sorgen und Ängste des betroffenen Kindes ausgerichtet sind. Daraus ergibt sich die Bedingung, dass Psychoedukation individuell mit dem Kind und in der Familie erfolgen sollte. Eine wirksame Aufklärung ist ein kommunikativer Prozess, bei dem die Kinder ermutigt werden sollen ihre Fragen zu stellen und auf die Meinungen zu reagieren. Die Informationsbedürfnisse können sehr unterschiedlich sein und sind abhängig vom Alter, Geschlecht und der Krankheitserfahrung der Kinder sowie dem elterlichen Krankheitsverlauf (vgl. Lenz 2012, S. 104ff.).

Im Idealfall sollten die betroffenen Eltern in stabilen Phasen mit ihren Kindern über die Situation sprechen. Ebenso kann der gesunde Elternteil oder Partner das Gespräch mit dem Kind suchen. Des Weiteren können mit Einwilligung der Eltern weitere Bezugspersonen, wie Onkel, Tante, Freunde oder Erzieher-Innen mit dem betroffenen Kind über die familiäre Situation sprechen und Informationen geben (vgl. Wunderer 2014, S. 125). Eine große Hilfe bei psychoedukativen Gesprächen kann eine Fachkraft sein, welche der Familie als positives Modell dient, eine Atmosphäre der Offenheit und des Sich-Fragen-Trauens herzustellen. Dies soll dazu ermutigen offen über die Erkrankung in der Familie zu sprechen. Dabei werden die Eltern gefordert über ihre Gefühle und Befindlichkeiten zu sprechen und ehrliche Antworten zu geben, was wiederum die Kinder dazu animieren soll ihre Wünsche und Bedürfnisse gegenüber ihren Eltern zu benennen. Vor einem Familiengespräch sollten die Eltern und die Kinder von der Fachkraft getrennt voneinander darauf vorbereitet werden. Erst wenn sie ihre Befürchtungen bezüglich des Aufklärungsgesprächs in einem sicheren Rahmen formulieren können, besteht die Möglichkeit, dass sich die Familienmitglieder im gemeinsamen Gespräch offen über ihre Ängste und Sorgen austauschen. Viele Eltern stehen Informationsgesprächen mit ihren Kindern skeptisch oder ablehnend gegenüber. Sie befürchten, dass sie ihr Kind mit dem Krankheitswissen überfordern oder, dass es sich vom erkrankten Elternteil zurückzieht oder mit bestimmten elterlichen Symptomen nicht umgehen könne. Ebenso kommt bei einigen Erkrankungen eine verminderte Empathiefähigkeit hinzu, welche es den Eltern erschwert sich in die Lage ihrer Kinder zu versetzen. In den Vorbereitungsgesprächen mit den Eltern ist es daher wichtig, die Befürchtungen der Eltern ernst zu nehmen und die positiven Wirkungen der Krankheitsaufklärung zu erläutern, um die elterlichen Ängste zu vermindern (vgl. Lenz 2012, S. 107ff.). In Abbildung 1 befinden sich Argumentationsvorschläge für Elterngespräche.

Gründe die für eine Krankheitsinformation der Kinder sprechen
<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung der Kinder wird erreicht durch das Verstehen und Einordnen der krankheitsbedingten Symptome. • Wissen ist ein wichtiger Schutzfaktor für die Kinder, weil es etwa eigenständige Erklärungsversuche ermöglicht und ein Gefühl vermittelt, Kontrolle über etwas zu haben. • Wissen reduziert die Schuldgefühle der Kinder, für die elterliche Erkrankungen verantwortlich sein können. • Diffuse Vorstellungen über die Krankheit lösen Angst, Verunsicherung und Hilflosigkeit bei den Kindern aus. • Ehrlichkeit und Offenheit stabilisieren nachhaltig die Eltern-Kind-Beziehung.

Abbildung 1: Gründe die für eine Krankheitsinformation der Kinder sprechen (vgl. Lenz 2012, S. 109).

Durch eine mehr oder minder starke Tabuisierung der Krankheit innerhalb der Familie stehen oft auch betroffene Kinder den Aufklärungsgesprächen skeptisch gegenüber. In den Gesprächen, die vorab stattfinden, können sie lernen über ihre Ängste und Befürchtungen zu sprechen. Ebenso können Fragen gesammelt werden, welche die Kinder ihren Eltern stellen möchten. Die Fachkraft sichert dem Kind für das Familiengespräch Unterstützung zu und klärt das Kind darüber auf, dass seine Fragen die Eltern nicht belasten, sondern eine Erleichterung bewirken können. Ausgangspunkt in der Psychoedukation sollte das vorhandene Wissen der Kinder über die elterliche Erkrankung sein, welches in den Vorbereitungsgesprächen mit dem Kind erarbeitet wird. Das Vorwissen der Kinder wird im Familiengespräch genutzt, um das Kind über folgende Sachverhalte zu informieren:

- Information: Mutter oder Vater ist krank.
- Benennung: Die Krankheit heißt... .
- Auswirkungen: Die Krankheit bewirkt, dass... .
- Behandlung: Mutter oder Vater ist in einer Klinik, damit Ärzte ihnen helfen.
- Auswirkungen: Aufgrund des Klinikaufenthalts eines Elternteiles verändert sich mein Familienalltag (ebd., S. 110ff.).

Lenz (2008) verweist darauf, dass psychoedukative Interventionen neben dem Familiensetting ebenso im Einzel- und Gruppensetting möglich sind. Im Einzelgespräch kann das Kind ohne Rücksichtnahme auf die Eltern seine aktuellen Probleme aussprechen und angstfrei Fragen über die elterliche Erkrankung stellen. Das Gruppensetting bietet Kindern im geschützten Rahmen einen Erfahrungsaustausch, bei dem sie erkennen, dass sie kein Einzelschicksal erleiden. Die Gespräche bewirken oft eine relativierende Problemeinschätzung und damit verbunden eine emotionale Entlastung. Literarische Erzählungen können zusätzlich Anwendungen finden, um besonders jüngeren Kindern Erklärungsmöglichkeiten zu bieten. Die Auseinandersetzungen mit Geschichten ermöglicht es Kindern ihre eigene Situation zu reflektieren und können neue Handlungsstrategien eröffnen (vgl. Lenz 2008, S. 150f.). In der Anlage 3 befindet sich eine Auswahl an Kinderbücher zu verschiedenen psychischen Störungen. Die Ausführungen zeigen, dass eine gelingende Psychoedukation auf einer Vertrauensbasis zwischen betroffener Familie und einer involvierten Fachkraft basiert. Dies schließt nicht aus, dass Eltern psychoedukative Prozesse und Maßnahmen ohne professionelle Hilfe in Gang setzen können.

Im professionellen Kontext bedarf es einer relativ intensiven Hilfeform, bei der die Fachkraft mit allen Familienmitgliedern in Kontakt steht. Eine solche könnte die Sozialpädagogische Familienhilfe oder Erziehungsberatung aus dem Bereich der Jugendhilfe, darstellen. Ebenso könnten Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und SozialarbeiterInnen aus dem klinischen Bereich, in dem ein betroffener Elternteil in Behandlung ist, die Familie bei der Psychoedukation unterstützen. Dies setzt seitens der Professionellen ein solides Wissen über psychische Störungen und entwicklungspsychologische Aspekte voraus.

Wie die Bewältigungsforschung belegt, steht das Selbstwirksamkeitsgefühl in einem engen Zusammenhang mit der Problembewältigung und dem Kohärenzgefühl. Durch Vertrauen und Selbstwirksamkeit entwickelt sich eine emotional zielgerichtete und motivierende Basis zur Problembewältigung. Somit wird durch die Förderung der Selbstwirksamkeit die kindliche Problembewältigung und das Kohärenzgefühl gestärkt (vgl. Lenz 2005, S. 22). Eine gelingende Psychoedukation befähigt die Kinder dazu die Situation besser zu verstehen, ihre Handlungsspielräume sowie ihre Selbstwirksamkeit (wieder) herzustellen und fördert somit die kindzentrierten- und speziellen Schutzfaktoren von betroffenen Kindern (vgl. Kapitel 2.2.1 – 2.2.4).

5.2.3 Förderung der kindlichen Problemlösekompetenz

„Das Problemlösen ist ein zielgerichtetes und strukturiertes Vorgehen, in dem verschiedene, angemessene Lösungsmöglichkeiten für Probleme entwickelt werden, von denen die beste ausgewählt und eingesetzt wird“ (Lenz 2012, S. 67). Lenz versteht eine angemessene Problemlösekompetenz als eine zentrale Form der Bewältigung (ebd., S. 67). In der Bewältigungsforschung werden die Strategien, die zur Behebung eines Problems dienen, in verschiedene Typen kategorisiert. Bei der problemorientierten Bewältigung wird aktiv nach einer Lösung gesucht, um durch konkrete Handlungen den Belastungen zu begegnen. Die Internale, emotionsregulierende Bewältigung bezieht sich auf einen Anpassungsprozess. Dabei wird zwischen konstruktiven, emotionsregulierenden Strategien wie etwa an Schönes zu denken und sich zu entspannen und destruktive, emotionsregulierende Strategien unterschieden. Bei der letzteren wird beispielsweise der Ärger an anderen ausgelassen wird unterschieden. Die Suche nach sozialer Unterstützung beinhaltet die direkte problemlösende (nach Rat und Hilfe suchen) und die indirekte emotionsregulierende Funktion (Trost und Verständnis) suchen.

Die Problemmeidung ist eine passive Art der Bewältigung, bei der durch Vermeidung oder Verleugnung der Schwierigkeiten versucht wird, die Belastung zu bewältigen (vgl. Lenz 2005, S. 25). Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sind eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Bewältigung, da die Bewältigungsstrategien nicht in jeder Lebensphase des Kindes und in jeder Situation eine positive Wirksamkeit entfalten (ebd., S. 20). Damit ein Problem gelöst werden kann, bedarf es zunächst der genauen Klärung des Problems und Erforschung des Kontextes, in dem es auftritt. Bei der Problemwahrnehmung soll das Kind angeregt werden, sich so viele Lösungen wie möglich für die benannte Belastung auszudenken. Im nächsten Schritt gilt es abzuwägen, ob das Problem durch eigenes Handeln kontrollierbar wird oder nicht beeinflussbar bleibt. Dabei ist es das Ziel, Lösungen realistisch nach Passung der Situation einzuschätzen. Bleibt ein Problem unkontrollierbar, so sollte eine passende soziale Unterstützungsmöglichkeit fokussiert werden. Sind diese nicht vorhanden, kann eine vermeidende Strategie kurzfristig Belastungsreduzierend wirken. Im nächsten Schritt wird das Kind dazu angehalten sich Gedanken über die Konsequenzen der Lösungsvorschläge zu machen, dass Pro und Contra gegenüberstellen und die einzelnen Lösungen zu bewerten. Dadurch lernt das Kind eine eigene Bewertung vorzunehmen anstatt Einschätzungen anderer zu übernehmen. Nach der Bewertung wird mit dem Kind die beste Lösung ausgesucht und nochmals die Verknüpfung mit den jeweiligen Konsequenzen geprüft. Als nächstes soll die Lösung in den Alltag übernommen und erprobt werden. Dabei wirken Erfolgserlebnisse stärkend und kompensieren Misserfolge (vgl. Lenz 2012, S. 68–72). Problemlösungsorientierte Interventionen können bei Kindern ab den Grundschulalter eingesetzt werden. Der Einbezug der Eltern ist besonders bei jüngeren Kindern hilfreich, da sie dadurch ihren Kindern bei der Findung der Problemlösung Sicherheit geben können, gleichzeitig ihre eigenen Problemlösungskompetenzen trainieren und das Gefühl von erzieherischer Kompetenz erleben. Ebenso wird das Gefühl der Eltern vermindert, dass die Fachkraft an Stelle der Eltern handelt. Die beschriebenen Schritte setzen eine Übereinstimmung der Problemsicht zwischen Eltern, Kind und Fachkraft voraus, da dies sonst bei der Problemlösung zu gegenseitigen Blockierungen führen kann (ebd., S. 71f.). Diesbezüglich befindet sich in der Anlage dieser Arbeit ein beispielhafter Leitfaden für ein Gespräch mit dem Kind (vgl. Anlage 4).

Neben der Förderung kindlicher Resilienzfaktoren wie Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten sowie der Planungskompetenz, ist der Einbezug eines Elternteils besonders hilfreich in Hinblick auf die Kommunikation zwischen Elternteil und Kind. In gemeinsamen Gesprächen kann sich das Elternteil sowie das Kind selbstwirksam und kompetent erleben. Ebenso hat die Intervention einen positiven Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung, welche einen zentralen familiären Schutzfaktor darstellt. Voraussetzung dafür ist, dass Gespräche in einer feinfühligem und für das Kind anregenden Art und Weise durchgeführt werden.

5.2.4 Aktivierung personaler Ressourcen

Besonders Kinder von psychisch erkrankten Eltern benötigen positive Selbstwertkonzepte, um alltägliche Anforderungen und Stress und ihre jeweiligen Zusatzbelastungen (vgl. Kapitel 3.1) zu bewältigen. „[...] Bewältigung ist als das Bemühen zu verstehen, Belastungen innerpsychisch zu verarbeiten sowie durch Handeln auszugleichen oder zu meistern. Coping ist ein prozesshafter Vorgang, der maßgeblich davon abhängt, welche Ressourcen unter stressreichen Lebensumständen zur Verfügung stehen, um konstruktive Denk-, Empfindungs- und Verhaltensstrategien in Gang zu setzen. Ressourcen sind also die Mittel zur Bewältigung“ (Lenz 2012, S. 25). Nach Lenz (2008) beeinflussen die kindlichen Selbstwertkonzepte wesentlich den Umgang mit Spannungen, Konflikten und kritischen Lebensereignissen. Ebenso tragen sie zur Mobilisierung sozialer Unterstützung bei. Nach Grawe (1998) kann zwischen der inhaltlichen und prozessualen Ressourcenaktivierung unterschieden werden. Bei der inhaltlichen Ressourcenaktivierung berichtet das Kind über seine Stärken, Hobbys und Freizeitaktivitäten und kann sich somit positiv darstellen. Durch das aktive Zuhören der Fachkraft kann sich das Kind gut in das Gespräch einbringen und erlebt in dieser Beziehungskonstellation Selbstwirksamkeit und Kompetenzerfahrungen. In der prozessualen Aktivierung wird das Gespräch nach den Neigungen, Präferenzen und Fähigkeiten des Kindes gestaltet. Dabei werden die Stärken nicht explizit benannt. Verhält sich ein Kind beispielsweise eher passiv und neigt dazu sich von anderen abhängig zu machen, so sollte die professionelle Fachkraft eher direktiv vorgehen, indem Ratschläge und Hausaufgaben gegeben werden, um dem Verhalten einen positiven Rahmen zu geben und es somit als Ressource zu nutzen.

Im Kindesalter ist die aktionale Aktivierung eine weitere Methode der Ressourcenaktivierung. Dabei kann das Kind anhand von eigenen Medien (zum Beispiel ein selbstgezeichnetes Bild) seine Fähigkeiten präsentieren und dadurch seine Selbstwirksamkeit demonstrieren. Da Kinder im Gebrauch der Sprache Grenzen gesetzt sind, ist die aktionale Ressourcenaktivierung eine besonders effektive Methode (vgl. Lenz 2008, S. 104f.). Ein zentrales Merkmal des Lösungsorientierten Ansatzes von Steiner und Berg (2006) ist die Ressourcenaktivierung. Um personale Ressourcen zu aktivieren, müssen diese zuerst identifiziert werden. Ziel ist es Handlungen auf ihre Ressourcenhaftigkeit zu prüfen und eine erhöhte Sensibilität für die vorhandenen Möglichkeiten zu schaffen. Dies erfolgt vor allem durch die Methode des Fragens. Durch Fragen entstehen Denkprozesse und neue Sichtweisen bei dem Befragten, welche einen >>solution talk<< auslösen. Beispiele für Fragetechniken zur Identifizierung von Ressourcen sind Wunder- und Skalierungsfragen, Fragen nach Ausnahmen und Bewältigungsfragen (ebd., S. 105ff.). Andauernde oder immer wiederkehrende Belastungen können den Prozess der Ressourcenfindung stören. Deshalb benötigen betroffene Kinder eine stetige professionelle Unterstützung. Der lösungsorientierte Ansatz bietet dazu verschiedene Strategien zur Stärkung der identifizierten Ressourcen, die Lenz (2008) ausführlich beschreibt. Diese Strategien sind vor allem das Zusammenfassen, das Paraphrasieren und Komplimentieren ebenso wie das Geben von Aufgaben (ebd., S. 108). Ein weiterer wichtiger Schritt bei der Ressourcenarbeit ist das nach Hagens (1998) bezeichnete Transferieren. Damit ist gemeint, Ressourcen, die in einem Kontext verfügbar sind, in einen Kontext zu übertragen, bei welchem diese noch nicht zur Verfügung stehen. Bei der Transferierung wird eine bekannte Ressource ausgewählt, um diese in einen anderen Kontext einzubinden. Nach Steiner und Berg (2006) kann diese Übertragung mithilfe von Geschichten erzählen, Bilder oder Cartoons malen, für Kinder erleichtert werden (ebd., S. 109ff.).

5.3 Eltern- und Familienorientierte Hilfen

Interventionen auf der Elternebene zielen darauf ab einen Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Eltern zu bieten sowie durch Beratungen das Erziehungsverhalten positiv zu beeinflussen. Bei den Unterstützungen auf der Familienebene werden die Problematiken, aufgrund der engen wechselseitigen Beziehungen innerhalb einer Familie, nicht isoliert voneinander betrachtet. Deshalb richten sich die Unterstützungsangebote an Eltern, ihre Kinder sowie weitere Angehörige, um das gesamte Familiensystem zu berücksichtigen (vgl. Reinisch et al. 2011, S. 70ff.).

5.3.1 Erstellung eines Krisenplans

Eine weitere Möglichkeit betroffene Kinder und deren Eltern in ihrer Selbstwirksamkeit zu fördern ist die Erstellung eines Krisenplans. Hierbei werden verbindliche Absprachen für Krisenzeiten getroffen. So ist in dem Krisenplan geregelt, an wen sich das Kind wenden kann und wann, wo und in welcher Form und Umfang die Bezugsperson Unterstützung leistet. Dies ermöglicht es dem Kind ohne größere Loyalitätskonflikte Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Ein Krisenplan sollte schriftlich festgehalten werden und beinhaltet die Vertrauenspersonen und deren Kontaktdaten. Dabei ist zu beachten, dass genau festgelegt wird, wie sich das Kind an die Bezugspersonen wenden kann (vgl. Lenz 2014c, S. 99f.). Krisenpläne sollten in stabilen Krankheitsphasen von der Familie erstellt werden und dienen somit als Vorsorge für Krisenzeiten. Der Plan sollte in jedem Falle übersichtlich und vom Kind ausführbar gestaltet sein. Befinden sich mehrere Kinder im Haushalt, so sollte für jedes Kind ein individueller Krisenplan erarbeitet werden (vgl. Hirsch 2015, S. 39). Die gemeinsame Erstellung eines solchen Krisenplans erlaubt es der Familie, sowie einer eventuell beteiligten Fachkraft, aktuell vorhandene soziale Ressourcen zu prüfen und auf die Suche nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten zu gehen. Ebenso bewirkt die Erarbeitung eine Öffnung und aktive Auseinandersetzung mit der elterlichen Erkrankung und fördert somit die speziellen- sowie die kindzentrierten-, familiären- und sozialen Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 2.2.1 – 2.2.4).

5.3.2 Förderung familiärer Ressourcen

Ausgehend von der Resilienzforschung sind die Eltern-Kind-Bindung, ein positives Erziehungsklima, eine gute Paarbeziehung sowie Flexibilität und Verbundenheit Bedingungen für eine gute Entwicklung von Kindern. Die Risikoforschung belegt die möglichen Auswirkungen auf Kinder von erkrankten Eltern (vgl. Kapitel 4.2). Daraus ergeben sich verschiedenste Interventionen, welche sich an den Bedarfen der Eltern orientieren. Dazu gehört neben der Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz auch die Förderung der familiären Kommunikation sowie die Förderung der Eltern-Kind-Bindung.

Paartherapeutische Maßnahmen zur Stärkung des dyadischen Copings können ebenfalls ihre Wirksamkeit im familiären Kontext entfalten (vgl. Fidalgo das Neves et al. 2013, S. 70–93). Die elterliche Erziehungskompetenz zählt zu den wesentlichen Familienressourcen (vgl. Kapitel 2.2). Insbesondere bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nimmt die Kompetenzförderung einen wichtigen Stellenwert ein. Oft sind die Erziehungskompetenzen durch die elterliche Erkrankung eingeschränkt (vgl. Kapitel 4.2). Lenz (2008) verweist auf die von Petermann und Petermann (2006) zusammengestellten sechs Komponenten der Erziehungskompetenzen (Anlage 5), welche für eine entwicklungsfördernde Erziehung wichtig sind (vgl. Lenz 2008, S. 113).

Es existieren viele Programme zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz. Die meisten davon finden in Gruppen statt, wobei die Eltern in diesem Rahmen voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen. Lenz (2012) bemerkt, dass viele vorhandene Programme nicht auf die Lebenssituation und Problemlagen psychisch erkrankter Eltern zugeschnitten sind. Die betroffenen Eltern benötigen einen geschützten Raum, um über ihre Erziehungsprobleme reden zu können. Daher sollten psychiatrische Einrichtungen und Dienste prüfen, ob sie dem besonderen Schutzbedürfnis entgegenkommen können und Gruppen für betroffene Eltern einrichten (vgl. Lenz 2012, S. 92f.). Hirsch (2015) verweist auf das STEP-Programm, welches sich ebenfalls an den sechs Komponenten der Erziehungskompetenzen orientiert. Eine von der Universität Bielefeld durchgeführte Evaluation belegt die Wirksamkeit des Elterntrainings für psychosozial belastete Eltern (vgl. Hirsch 2015, S. 46). In der Recherche von Reinisch; Heitmann; Griepenstroh (2011) wird das Programm >>STEP Duo – Elterntaining für psychisch kranke Eltern mit Helfern<< beschrieben, welches eine für psychisch erkrankte Eltern adaptierte Variante des Elterntainingsprogramms STEP (Systematic Training for Effective Parenting) darstellt.

Die Besonderheit von STEP-Duo ist, dass es sich gezielt an psychisch erkrankte Eltern richtet und neben dem betroffenen Elternteil auch ein >>Helfer<< an dem Programm teilnimmt. Diese Person muss kein professioneller Helfer sein, sondern eine Person die vom erkrankten Elternteil als unterstützend erlebt wird. Die Eltern sollen unter anderem zur Übernahme ihrer Elternrolle, zur Verbesserung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit sowie zur Schaffung eines Kompetenzbündnisses mit dem Helfer angeregt werden (vgl. Reinisch et al. 2011, S. 71). Fühlen sich betroffene Eltern in der Lage einen Elternkurs zu besuchen, so sollte dies mit einem Zugewinn an Kompetenzen und Ressourcen auf der personellen-, familiären- und sozialen Ebene einhergehen. Um Eltern den Weg zu entsprechenden Angeboten zu erleichtern, können Fachkräfte der Jugendhilfe, sowie der Psychiatrie aufklärend, beratend und vermittelnd den Eltern zu Seite stehen. Professionelle Helfer, die solche Elternprogramme anbieten, können ebenfalls durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit auf ihr Angebot aufmerksam machen. Die sechs Komponenten der Erziehungskompetenzen (vgl. Anlage 5) können beispielsweise Fachkräfte in ambulanten Hilfen wie die Sozialpädagogische Familienhilfe als Orientierung in der Arbeit mit Eltern dienen. Jedoch betont Hirsch (2015) „[...] dass es wenig zweckmäßig ist, unmittelbar allumfassende Kompetenzen zu fördern. Eine wirksame Intervention zielt vielmehr auf die Formulierung von realistischen Teilzielen, die Förderung von einzelnen Teilkompetenzen und auf die positive Verstärkung von kleinen Erfolgen ab. Wenn es den Eltern gelingt, familiäre Interaktionsprozesse harmonischer zu gestalten und die beschriebenen Erziehungskompetenzen im Alltag schrittweise zu verwirklichen, können Kinder in ihrer Entwicklung zu einer stabilen Persönlichkeit unterstützt und in der Entfaltung von psychischer Widerstandsfähigkeit gefördert werden“ (Hirsch 2015, S. 47).

Im Sinne der Bewältigungsforschung können Elternkurse dazu beitragen, dass sich Eltern kritisch mit ihrem Verhalten auseinandersetzen. Der geschützte Rahmen ermöglicht es, sich von den anderen Teilnehmern Feedback zu holen, um dieses für die eigene Weiterentwicklung von angemessenen Bewältigungsstrategien zu nutzen (tertiäre Phase im Bewältigungsprozess). Ebenso können sich teilnehmende Eltern im Austausch mit anderen Eltern als selbstwirksame Experten erleben, was zur Steigerung des Kohärenzgefühls beiträgt (vgl. Lenz 2005, S. 19–23).

5.4 Aktivierung sozialer Ressourcen

Die Aktivierung sozialer Ressourcen ist ein weiterer wichtiger Aspekt in der Unterstützung von betroffenen Kindern und deren Familien. Diese Interventionen sind vorrangig auf der Ebene des Kindes wirksam. Nach Lenz (2014) sind Soziale Schutzfaktoren „... die Gesamtheit der einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten Merkmale des sozialen Handlungsraums“ (Lenz 2014c, S. 103). Hirsch (2015) gibt zu bedenken, dass eine soziale Unterstützung erst möglich ist, wenn die Eltern in der Lage sind, die Erkrankung offen zu kommunizieren und einer Mobilisierung von sozialen Unterstützungen zustimmen. Deshalb stellt eine intensive Elternarbeit die Basis für die Aktivierung sozialer Ressourcen dar (vgl. Hirsch 2015, S. 53). Eine Aktivierung sollte erfolgen, wenn deutlich wird, dass die Bezugspersonen die kindlichen Bindungs- und Kontaktbedürfnisse nicht genügend erfüllen (vgl. Lenz 2014c, S. 103). Aufgrund von Tabuisierung innerhalb der Familie und Angst vor Stigmatisierung, benötigen betroffene Kinder Unterstützung bei dem Aufbau von sozialen Kontakten außerhalb ihrer Familien (vgl. Lenz 2012, S. 74). Spezifische Gruppenangebote sind eine häufig eingesetzte Interventionsform für betroffene Kinder. Lenz (2014) kritisiert, dass trotz Verbesserung der Versorgungssituation in Deutschland keine flächendeckenden Gruppenangebote für betroffene Familien existieren (vgl. Lenz 2014c, S. 105).

Ein in Deutschland weitverbreitetes Gruppenangebot, welches für betroffene Kinder im Alter von sieben – vierzehn Jahren abzielt, ist das im Psychiatrischen Universitätsklinikum Freiburg entwickelte Aurn-Gruppenkonzept. „Das Gruppensetting bietet ein Pool an sozialen Ressourcen und kann zum Austausch verschiedener Lösungsmodelle und Bewältigungsstrategien genutzt werden (Lenz 2012, S. 85). Die Ziele der Aurn-Gruppen richten sich an der kindlichen Resilienzförderung aus. Diese beinhalten die Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und damit des Selbstwertgefühls. Weiterhin auch die Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung, altersgerechte Informationsvermittlung zu psychischen Krankheiten, Entlastung von Schuldgefühlen und die Stärkung der Bewältigungsformen sowie der Selbstreflexion. Der Austausch über die eigene und familiäre Situation und damit das Gefühl der Zugehörigkeit in der Gruppe mit ähnlich Betroffenen, bei gleichzeitigem Erleben und der Integration altersentsprechender kindlicher Gefühle und Bedürfnisse. Die Wahrnehmung und der Ausdruck eigener, auch negativer Gefühle, steht neben der Psychoedukation im Vordergrund der Arbeit mit den Kindern.

Je nach Alter geschieht dies im freien Spiel oder im Rahmen von Gesprächen und durch gezielte Anregungen aus dem kreativen, sportlichen und spielerischen Bereich, die alle Altersgruppen einbeziehen. Regelmäßige Elterntreffen gehören ebenso zur inhaltlichen Arbeit. Dabei haben die Eltern die Möglichkeit sich über ihre Kinder austauschen und Unterstützung zu erhalten, wie etwas bei der Fragestellung wie die Eltern ihren Kindern Freiräume gewähren können. Zu Beginn der Gruppenarbeit gibt es ein Vorbereitungsgespräch in der Häuslichkeit, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Auch nach Beendigung der Gruppenarbeit findet diesbezüglich ein Gespräch statt und nach einem Jahr ein Nachtreffen. Die Gruppentreffen belaufen sich auf 25 Kontakte mit je zwei Stunden, wobei fünf Sitzungen für das Ankommen und Verabschieden eingeplant sind. Somit konzentriert sich die thematische Arbeit auf 15 Doppelstunden (vgl. Deneke 2011, S. 88f.). Die Einbindung von Kindern in Gruppen kann als vermittelnde und koordinierende Aufgabe einer professionellen Fachkraft verstanden werden. Dies setzt die Kenntnis über regional vorhandene Gruppenangebote und die Teilnahmemöglichkeiten voraus. Ebenso muss geprüft werden in wie weit das Angebot für das Kind erreichbar ist (vgl. Hirsch 2015, S. 53ff.). Lenz (2012) und Hirsch (2015) verweisen auf die Erkenntnisse von Deneke et al. (2008), welche im Rahmen einer systematischen Auswertung des Hamburger Auryn-Projektes generell für den Aufbau einer Gruppe für Kinder psychisch erkrankter Eltern von Bedeutung sind. Aus Sicht von Lenz (2012) sind vier Merkmale besonders hervorzuheben:

- Vorbehalt: Es zeigte sich, dass betroffene Eltern aus Angst vor einem möglichen Verlust ihres Kindes sowie aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen zögerten ein Hilfsangebot in Anspruch zu nehmen. Hierbei benötigen Eltern umfassende Aufklärung über die Inhalte und Ziele des Angebotes sowie Information über alternative Möglichkeiten.
- Erlaubnis: Damit sich Kinder auf die Gruppe einlassen können bedarf es der inneren Erlaubnis der Eltern für die Teilnahme. Sind die Eltern von dem Angebot überzeugt, zeigt sich dies an einer positiven Mitarbeit in der Gruppe. Durch die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung im Vorfeld öffneten sich die Eltern und wandten sich mit Erziehungsfragen und familiären Problemen an die Fachkräfte.
- Angemessenheit: Die Abbruchzahlen zeigten, dass ein Gruppensetting für jüngere, stark parentifizierte Kinder nicht geeignet ist. Für diese symbiotisch verstrickten Kinder können Familiengespräche oder Familiengruppen eine Alternative sein.

- Vertrauen: Die zeitliche Begrenzung der Gruppenarbeiten erwies sich für die Kinder als eine der größten Schwierigkeiten. Aufgrund ihrer Erfahrungen benötigen betroffene Kinder viel Zeit um sich zu öffnen, Vertrauen zu fassen und sich auf andere Personen einzulassen. Umso schwerer fällt es ihnen sich nach einem erfolgreichen Beziehungsaufbau zu Fachkräften oder Gleichaltrigen wieder zu trennen. Daher sollte die Gruppenarbeit in eine längerfristige Unterstützung für das Kind und die Familie eingebettet werden (vgl. Lenz 2012, S. 87ff.).

Die Inhalte der Aurn-Gruppen fokussieren und stärken im besonderen und umfassenden Maße die spezifischen- und kindzentrierten Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 2.2.1 & 2.2.4). Die GruppenleiterInnen stellen für die betroffenen Kinder emotional verfügbare Bezugspersonen außerhalb der Familie dar, welche auf die Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Kindes kompensatorisch einwirken können und somit psychosoziale Belastungsfaktoren verringern (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 24). Aus der Bewältigungsperspektive betrachtet stellen Gruppenangebote einen geschützten und anleitenden Raum dar, um vorhandenen Bewältigungsstrategien (vgl. Kapitel 3.3) auf ihre Angemessenheit hin zu reflektieren, neue Handlungsmöglichkeiten zu erlernen sowie diese entsprechend effektiv einzusetzen. „Für ein adaptives Coping ist nicht nur wichtig, über ein möglichst breites Bewältigungsrepertoire zu verfügen, sondern vor allem, es situationsgerecht einsetzen zu können [...]“ (Lenz 2008, S. 50).

In der Recherche zu den Interventionsmöglichkeiten fiel auf, dass keine speziell für Jugendliche zugeschnittene Unterstützungsprogramme gefunden wurden. Hier stellt sich für mich die Frage ob Jugendliche für Gruppeninterventionen schwer erreichbar sind und deshalb eher Kontakte im Einzel- oder Familiensetting effektiver sind. Die von Lenz (2008) vorgestellte Strategie zur Netzwerkförderung >>Peer Counseling<< könnte meiner Meinung nach bei Jugendlichen eine Wirksamkeit entfalten, da sie auf die Bedeutung der Peerbeziehungen als wichtiges Sozialisationsmilieu und Unterstützungsinstanz bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Problemlösung abzielt (ebd., S. 121). Neben der beschriebenen spezifischen Gruppenarbeit für betroffene Kinder gibt es weitere Interventionen die auf eine Aktivierung von sozialen Ressourcen abzielen. Im Rahmen dieser Arbeit kann nur auf die ausführlichen Darstellungen in der Fachliteratur verwiesen werden.

In den Ausführungen zu den Interventionen wurden bereits Fachkräfte erwähnt. Ich gehe davon aus, dass die Umsetzung der beschriebenen Unterstützungsmaßnahmen neben anderen Professionen ebenso SozialarbeiterInnen zu teile wird. Damit Professionelle unterstützend tätig werden können, benötigen sie einerseits den Auftrag ihrer Institution der sie angehören sowie andererseits den Auftrag des Hilfeadressaten. Thema des nächsten Kapitels soll es sein, die Sichtweise der professionellen Akteure aus Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe zu betrachten, da sie, neben der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit betroffenen Eltern und Kindern in Kontakt kommen. Da Eltern und ihre Kinder eng miteinander verbunden sind und sie sich gegenseitig beeinflussen liegt eine Kooperation beider genannten Helfersysteme nahe. Deshalb möchte ich der Frage nachgehen, in wie weit die beiden Helfersysteme in denen Soziale Arbeit tätig ist, bezüglich einer Kooperation, auf eine elterliche Erkrankung, den Auswirkungen und den damit einhergehenden Hilfebedarfen reagieren können. Dabei liegt mein Fokus auf den Kooperationsmöglichkeiten und weniger auf die in der Fachliteratur ausführlich beschriebenen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit.

6. Soziale Arbeit in Psychiatrie und Jugendhilfe

Das Hilfespektrum für Kinder betroffener Familien erstreckt sich von niedrigschwelligen Angeboten, über Patenschaften bis hin zu den Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII. Dennoch wird in der Fachliteratur darauf verwiesen, dass erkrankte Eltern Hilfen für ihre Kinder selten in Anspruch nehmen. Kölch und Schmid (2014) verweisen auf eine Metaanalyse von Reupert; Maybery (2007), welche folgende fünf Hindernisse für die Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfen identifizierte: fehlende Leitlinien und Ressourcen in den Helfersystemen, unzureichende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen sowie Wissens- und Fertigungsdefizite bei den Fachkräften. Psychisch erkrankte Eltern haben zudem, aufgrund ihrer Symptomatik und Teilhabebeeinträchtigung, Schwierigkeiten notwendige Schritte umzusetzen. Oft lehnen Familienmitglieder Hilfen auch ab (vgl. Kölch und Schmid 2014, S. 123). Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Erkenntnisse den Helfersystemen bekannt sind. Trotz dessen ist eine „[...] strukturierte Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe [...] nirgendwo als verbindlich zu leistende Arbeit niedergelegt; sie ist strukturell im System – außer im Rahmen der neuen Kinderschutzgesetzgebung – nicht vorgesehen“ (ebd.).

In der Fachliteratur wird darauf verwiesen, dass die Helfersysteme, in denen betroffene Familien eingebunden sind, im Hinblick einer adäquaten Unterstützung kooperieren sollten. Die Inhalte der beschriebenen Interventionen unterstreichen die Notwendigkeit einer institutionell übergreifenden Kooperation (vgl. Kapitel 5). So können zum Beispiel psychoedukative Prozesse nur mit Hilfe von Fachwissen über psychische Störungen und deren Auswirkungen umfassend umgesetzt werden.

6.1 Perspektive und Leistungen der Jugendhilfe

Neben den präventiven Angeboten der Familien-, Kinder- und Jugendförderung, Familienberatung, Kindergärten und offenen Kinder- und Jugendarbeit sind die Hilfen zur Erziehung zentrale Unterstützungen der Jugendhilfe. Diese Hilfen sind im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) §27 - §35 SGB VIII verankert und stehen in Deutschland flächendeckend zur Verfügung (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 105). Die Unterstützungen der Jugendhilfe beziehen sich auf das Kind und die Eltern. Die Eltern werden als Erziehungspersonen und Leistungsberechtigte verstanden und können somit Unterstützung bei der Erfüllung ihres elterlichen Auftrages erhalten. Ebenso setzt die Jugendhilfe sich für die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ein, wobei diese Aufgabe einen Schutzauftrag beinhaltet (vgl. Schrappe 2011, S. 97). Die Jugendhilfe, insbesondere das Jugendamt als Behörde, ist verpflichtet problemangemessene Hilfe in seinem Einzugsbereich bereitzustellen. Des Weiteren ist es seine Aufgabe bei einer Kindeswohlgefährdung den Schutz des betroffenen Kindes oder Jugendlichen, auch gegen den Willen der Eltern oder des Kindes sicherzustellen. Das Jugendamt fungiert somit zum einen als Bereitsteller und Koordinator von Unterstützungsmöglichkeiten und zum anderen als Wächteramt über das Kindeswohl (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 42f.). Im Mittelpunkt der Jugendhilfe stehen die Bedürfnisse und somit das Wohl der Kinder und Jugendlichen (ebd., S. 97). Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) übernimmt die Aufgabe des Jugendamtes und kommt der Wahrnehmungspflicht, Einsetzung und Koordinierung von entsprechend geeigneten Hilfen nach. Personell werden diese Stellen vorrangig von SozialarbeiterInnen besetzt. Ebenso sind sie, neben Psychologinnen/Psychologen in der Erziehungsberatung, in den bereitgestellten ambulanten und stationären Hilfen zur Erziehung nach § 27 - § 35 SGB VIII tätig. Somit kann davon ausgegangen werden, dass in den Strukturen der Jugendhilfe seitens der Behörde (Jugendamt) sowie der hilfedurchführenden Träger der freien Jugendhilfe, vorrangig SozialarbeiterInnen tätig sind.

Nach Schrappe (2011) ist die „[...] Stärke der Jugendhilfe im Zusammenhang mit psychisch belasteten Familien [...], dass sie ihren Auftrag nicht aus der psychische Erkrankung bezieht, sondern aus dem Recht des Kindes auf Förderung der Entwicklung und Erziehung. Damit gelangen familiäre Ressourcen oder Probleme in den Fokus der Hilfe, die weit über die elterliche Erkrankung und ihre Folgen hinausgehen“ (Schrappe 2011, S. 118). Jedoch besteht seitens der Jugendhilfe „[...] ein Bedürfnis, angemessene Hilfe für die betroffenen Familien anzubieten, aber auch aus dem medizinischen System Hilfe sowohl bei der Beschreibung der Bedarfe, als auch bei der Verbesserung der psychischen Auffälligkeiten sowohl bei Eltern wie bei Kindern und Jugendlichen zu erhalten“ (Kölch und Schmid 2014, S. 128). Daraus ergibt sich der Wunsch der Jugendhilfe an die Psychiatrie, dass sie mit ihrem Fachwissen die Unterstützung betroffener Kinder verbessert. Dies bezieht sich auf Information über die Erkrankung des Elternteils, vernetzte kommunikative Strukturen zwischen Klinik und Ämtern sowie Therapie- und Diagnostikangebote (ebd., S. 129).

6.2 Perspektive und Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie

Das heutige psychiatrische Versorgungssystem hat seinen Ursprung in der Psychiatriereform von 1975. Seither wurde das Ziel verfolgt psychisch erkrankten Menschen bedarfsgerechte Hilfen in ihrem Lebensumfeld bereitzustellen. Neben der Reduzierung der stationären Langzeitunterbringung, sollen durch den Ausbau von ambulanten Einrichtungen, die Angehörigen sowie das soziale Umfeld in die Versorgung einbezogen werden. Aus der ehemaligen zentralen psychiatrischen Krankenhausversorgung entwickelte sich eine Vielzahl von weiteren Angeboten. Das Spektrum der ambulanten Angebote umfasst niedergelassene Nervenärzte, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste (SPDI), Krisennotdienste, Kontakt- und Beratungsstellen, betreutes Wohnen sowie die psychiatrische Pflege. Im teilstationären Bereich existieren Tageskliniken und Tagesstätten. Die stationären Angebote beinhalten psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern und Wohnheime (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 96f.). Abgesehen von den niedergelassenen Nervenärzten sind in allen aufgezählten Unterstützungsangeboten unter anderem SozialarbeiterInnen tätig (ebd., S. 116).

Klinische Sozialarbeit kann „[...] als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt“ (Pauls 2013, S. 17). Zu den Tätigkeiten der Klinischen Sozialarbeit zählen psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Soziale Therapie, soziale Psychotherapie, soziale Unterstützung in ambulanten und stationären Settings (ebd.). Abhängig von den Problemlagen sind interne sowie institutionell übergreifende Netzwerke bei der Unterstützung von Betroffenen notwendig. Dabei ist die Zielsetzung, eine enge fallbezogene Zusammenarbeit mit hohem Informationsaustausch herzustellen, um den Klientinnen/Klienten eine möglichst passgenaue Hilfe für eine günstige Entwicklungsperspektive bereitzustellen (vgl. Gahleitner 2012, S. 104). Dörner (2000) beschreibt SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie als Experten für den Kontakt zu den Verwaltungen sowie zu den sozialen Gruppen-Anteilen von Menschen (vgl. Dörner und Plog 2000, S. 56). Somit können meiner Ansicht nach die psychiatrietätigen SozialarbeiterInnen als Experten für das soziale Umfeld, welches die Familie und Kinder psychisch erkrankter Menschen einschließt, verstanden werden. Demzufolge müsste die überinstitutionelle Kooperationsbereitschaft sich in der sozialarbeiterischen Praxis widerspiegeln.

In der modernen Psychiatrie hat sich ein Leitbild der personen- und ressourcenorientierten Versorgung entwickelt. Die Angehörigenarbeit ist ein fester Bestandteil in der psychiatrischen Versorgung geworden, da die Familie als Ressource definiert wird. Trotzdem fallen Kinder erkrankter Eltern laut Schone und Wagenblass (2010) durch das Hilfenetz der Psychiatrien, da der Behandlungsfokus in erster Line auf den Betroffenen liegt. Seitens der Psychiatrie wird vorrangig den erwachsenen Angehörigen eine wichtige Rolle zugeschrieben, da sie auf den psychisch erkrankten Menschen stabilisierend und unterstützend einwirken können. Geraten Kinder in den >>psychiatrischen Blick<< unterliegt dies meist der Prämisse, welchen Beitrag die Kinder zur Genesung des erkrankten Elternteils beitragen können. In diesem Sinne steht das Wohl der erkrankten Person im Mittelpunkt der Psychiatrie (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 96f.). In diesem Zusammenhang stellt sich mir die Frage, welchen strukturellen und hierarchischen Einflüssen Soziale Arbeit, bezüglich einer überinstitutionellen Kooperation, in der Psychiatrie unterliegt?

6.3 Kooperationsmöglichkeiten von Psychiatrie und Jugendhilfe

Durch die Perspektiveneinnahme wurde deutlich, dass die beiden Helfersysteme auf Grund ihrer institutionellen Aufträge unterschiedliche Sichtweisen auf betroffene Kinder haben. Die Jugendhilfe fokussiert das Kindwohl während die Psychiatrie Kinder als minderjährige Angehörige betrachtet. Die Hilfsangebote beider Helfersysteme sind durch die unterschiedlichen Sichtweisen nicht identisch, was zu strukturellen Konflikten bei einer Kooperation der beiden Systeme führen kann (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 97). „Denn die Wahrung der Interessen des erkrankten Elternteils und die Wahrung der Interessen der Kinder sind nicht immer bruchlos miteinander vereinbar“ (ebd.). Jedoch ist es für die Angehörigen wichtig das Psychiatrie und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Die beiden Institutionen sind bei der adäquaten Unterstützung betroffener Familien aufeinander angewiesen. Wie beide Helfersysteme voneinander profitieren könnten wird in Abbildung 2 beispielhaft dargestellt (vgl. Franz 2014, S. 109f.).

Erwachsenenpsychiatrie benötigt	Jugendhilfe benötigt
<ul style="list-style-type: none"> • Feste Ansprechpartner seitens der Jugendhilfe für Information über Interventionen ohne Gefahr eines eingreifen durch das Jugendamt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkeres Bewusstsein bei Ärztinnen / Ärzten und Pflegepersonal für das gesamte Familiensystem inklusive Kinder.
<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung bezüglich rechtliche Möglichkeiten und Grenzen des Jugendamtes und ambulante Hilfeformen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Unterstützung durch die psychiatrischen Fachkräfte, damit sich Patienten auf den Kontakt und die Hilfen der Jugendhilfe einlassen.
<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Koordinierung eines Netzwerkes an das sich psychiatrische Fachkräfte wenden können, wenn sie belastete Kinder von Patienten bemerken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe bei psychisch erkrankten Eltern oder Eltern mit unklaren psychischen Auffälligkeiten, welche eine Behandlung verweigern, um die familiäre Situation aus psychiatrischer Perspektive vor Ort einzuschätzen.

Abbildung 2: Wie Helfersysteme voneinander profitieren können (vgl. Franz 2014, S. 109f.)

Wie bereits erwähnt, ist in den Helfersystemen die Profession der Sozialen Arbeit tätig, was zu der Annahme führt „[...] dass die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen eine wichtige Schnittmenge zwischen den professionellen Ausstattungen der beiden Handlungssysteme darstellt“ (Schone und Wagenblass 2010, S. 116).

Im folgenden Kapitel sollen einige Kooperationsmöglichkeiten vorgestellt werden, welche neben anderen Professionen, SozialarbeiterInnen in ihren institutionell verankerten Tätigkeiten betrifft. Daraus resultiert meiner Ansicht nach eine sozialarbeiterische Verantwortung bei der Umsetzung von kooperativen Handeln im Sinne der zu unterstützen Patientinnen/Patienten oder Klientinnen/Klienten.

6.3.1 Erwachsenenpsychiatrie als Vermittler

Franz und Kettemann (2014) bezeichnen die Erwachsenenpsychiatrie als ideale Institution um präventive Maßnahmen in die Wege zu leiten. „Die einzige Institution, die zu erkrankten Eltern stationär, teilstationär und ambulant Kontakt hat und sie – im Gegensatz zur Jugendhilfe – fachlich adäquat einschätzen kann, ist die Erwachsenenpsychiatrie“ (Franz und Kettemann 2014, S. 146). Das Fachwissen prädestiniert sie dazu, den Hilfebedarf fachlich fundiert einzuschätzen und stärker belastete Kinder je nach Bedarf an die Helfersysteme der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Jugendhilfe anzubinden. Durch die Vermittlung der betroffenen Kinder in andere Helfersysteme, ist die Erwachsenenpsychiatrie in der Lage den erkrankten Elternteil zu behandeln, ohne dabei die Loyalität zu ihrem Patienten (Elternteil) zu gefährden. Dies setzt ein Wissen über die belastenden Lebenslagen betroffener Kinder sowie der Strukturen der Helfersystem Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, seitens der Psychiatrie voraus (ebd., S. 146f.).

6.3.2 Brückenfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI) kann als zentraler Kooperationspartner von Kliniken, Institutsambulanzen, Patienten (auch mit Kindern) sowie der Jugendhilfe verstanden werden. Meist wird er nach Entlassungen aus stationären oder teilstationären Behandlungen einer erwachsenen Person aktiv, um diese im ambulanten Setting weiter zu begleiten. Die aufsuchende Funktion ermöglicht einen direkten Kontakt in der Familie und somit eine konkrete Einschätzung der familiären Situation, welche die Versorgung und Erziehung der Kinder mit einbezieht. Ist aus Sicht des SPDI die Entwicklung oder gar das Wohl des Kindes gefährdet hat er die Möglichkeit das Jugendamt einzuschalten (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 136). „Auf diese Weise nimmt der sozialpsychiatrische Dienst eine Übersetzungsfunktion- oder Brückenfunktion zwischen den Systemen Psychiatrie und Jugendhilfe ein“ (ebd.).

Die Fachkräfte des SPDI können an Fallbesprechungen mit dem Jugendamt teilnehmen oder begleiten. Fachkräfte des Jugendamtes in Familien, wo sich ein psychiatrischer Unterstützungsbedarf aufzeigt, jedoch noch keine Behandlung erfolgt. Ebenso kann der SPDI mit dem Jugendamt gemeinsam mit einer Familie arbeiten, wobei es zu einer spezifischen Aufgabenverteilung kommt (ebd., S. 136f.).

6.3.3 Veränderung der Jugendhilfeangebote

Jugendhilfeangebote sind dazu verpflichtet auf den Hilfebedarf betroffener Familien zu reagieren. Schone und Wagenblass (2010) bemerken, dass weder die Fremdunterbringungsformen (Vollzeitpflege, Heimerziehung) noch die ambulant arbeitende Sozialpädagogische Familienhilfe (von den Autoren als mutierte Allzweckwaffe bezeichnet), in der von ihnen untersuchten Regionen, sich mit den Bedarfen der betroffenen Kinder und Familien konzeptionell auseinandergesetzt haben. Deshalb sei es notwendig psychiatrische Kompetenz bei der Entscheidung und Umsetzung von Hilfen zur Erziehung einzubeziehen (ebd., S. 139f.).

6.3.4 Veränderung der Angehörigenarbeit

Kinder psychisch erkrankter Eltern benötigen, im Sinne einer angemessenen Angehörigenarbeit, eine Lobby, welche sie stellvertretend unterstützt, um als kleine Angehörige bewusst wahrgenommen zu werden. Der Gedanke dahinter ist, dass durch eine größere Aufmerksamkeit neue Sichtweisen und Inhalte in der Angehörigenarbeit Einzug halten. Die Aufklärungs- und Informationsvermittlung in den für Kinder organisierten institutionellen Räumen (Krippe, Kindergärten, Schulen, Freizeittreffs und Vereine) sowie psychiatrienerfahrene Vereine und deren Angehörigengruppen, kann zu einer Sensibilisierung beitragen (vgl. Schone und Wagenblass 2010, S. 140f.).

6.3.5 Förderung von Kooperationsbeziehungen

Um eine Kooperation zwischen Fachkräften herzustellen, bedarf es persönlicher Kontakte. Diese dienen neben regelmäßigem fachlichen Austausch dazu, die persönlichen Orientierungen der Fachkräfte kennen zu lernen und somit vorhandene wechselseitige Vorurteile und Spannungen zwischen den Vertretern der Institutionen abzubauen (ebd., S. 142). Zur Entwicklung eines gemeinsamen Fach- und Fallverständnisses benötigt es zunächst Wissen über die Angebotsstrukturen der Helfersysteme sowie deren Zugänge und Anspruchsvoraussetzungen.

Ein weiterer Aspekt ist das Erlangen eines gemeinsamen Verständnisses für die Bedarfslagen betroffener Familien. Dabei soll die Blickrichtung der jeweils anderen Institution nachvollziehbar werden und durch die Zusammenführungen der perspektivischen Differenzen die Bedarfskomplexität erfasst werden. In der interinstitutionellen Kommunikation ist es hilfreich mithilfe von Schlüsselbegriffen eine gemeinsame Sprache für Handlungsbereiche (Diagnostik, Hilfeplanung, Sozialraum, Lebensweltorientierung um nur einige zu nennen) zu sprechen (vgl. Schmutz 2010, S. 46–49). Um eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu gewährleisten benötigt es verlässliche Strukturen und Kooperationsbereitschaft der Institutionen (Leitungsebene) sowie Vertreter der jeweiligen Dienste, welche sich in regelmäßigen zeitlichen Abständen für die gemeinsam strukturierte Fallarbeit treffen. Um eine Sinnhaftigkeit und damit einhergehendes Engagement zu fördern bedarf es einer regelmäßigen Reflexion über die Ergebnisse der Zusammenarbeit (ebd., S. 49ff.).

Institutionsübergreifende Fortbildungen sind eine weitere Möglichkeit Kooperationsbeziehungen zu fördern. In solchen Veranstaltungen sollten Fachkräfte aus Institutionen vertreten sein, die in der Fallarbeit potentiell miteinander kooperieren. Beispielhaft wäre eine Zusammensetzung von MitarbeiterInnen aus den Bereichen: Allgemeiner Sozialer Dienst, ambulante und stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst, Ärzte aus der Erwachsenenpsychiatrie, gemeindepsychiatrische Angebote, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren. Die Fortbildungen können zum Beispiel folgende Themen beinhalten: Unterstützungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe, Einführung in die psychiatrischen Versorgungsstrukturen, psychoedukative Vorgehensweisen, resilienzfördernde Interventionen, Formen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Elternschaft um nur einige Themen zu nennen. Neben dieser Art von Fortbildung können verwaltungsinterne Weiterbildungen dabei helfen Bedarfe adäquat zu erfassen und entsprechende Hilfen für betroffene Familien parallel einzusetzen. Als Beispiel kann die bereits erwähnte Zusammenarbeit zwischen ASD (Jugendamt) und SPDI (Gesundheitsamt) mit einer Familie genannt werden (ebd., S. 54–60).

Die überinstitutionelle Fallberatung ist ein Instrument, was besonders dann sinnvoll ist, wenn mehrere Leistungsbereiche in die Unterstützung einer betroffenen Familie involviert sind oder dies angebahnt wird. Dabei wird auf ein gemeinsames Fallverständnis hingearbeitet bezüglich der Bedarfseinschätzung, Einsetzung geeigneter Hilfen aus den unterschiedlichen Bereichen sowie der Austausch über Unsicherheiten innerhalb der Verantwortungsbereiche der beteiligten Fachkräfte. Die Fallberatung ist methodisch strukturiert und Lösungsorientiert. Für das vorgehen kann exemplarisch das Konzept der kollektionalen Fallberatung genannt werden (ebd., S. 65–68).

7. Resümee

Bei der thematischen Auseinandersetzung mit der zentralen Fragestellung wie Soziale Arbeit betroffene Kinder und Jugendliche unterstützen kann, um ihre Lebenslagen positiv zu bewältigen, eröffneten sich mir komplexe Zusammenhänge. Diese können auf den Ebenen der betroffenen Kinder, deren Eltern und Familien, der Fachkräfte und deren Institutionen, die Kooperation der Helfersysteme sowie der Versorgungssituation in Deutschland verortet werden. Aufgrund der Komplexität bleiben die Ausführungen sicherlich allgemein. In diesem Sinne verstehe ich diese Bachelorarbeit als Einstieg und Aufforderung, das Wissen in meine praktische Arbeit als Sozialpädagogischer Familienhelfer (SPFH) einfließen zu lassen und dieses, entsprechend dem Hilfekontext, zu vertiefen. Daraus ergibt sich für mich die Frage: Wie die Arbeit der SPFH mit betroffenen Familien gestaltet werden sollte, um eine angemessene fachliche Unterstützung zu leisten?

Neben dem Wissen um die Belastungen betroffener Kinder und deren Eltern eröffneten sich mir verschiedene Möglichkeiten, die Familien fachlich zu unterstützen. Die Ausführungen zeigen zum einen, dass Unterstützungsmöglichkeiten auf den Ebenen der Kinder, Eltern sowie Familie die bereichsspezifischen- sowie die speziellen Schutzfaktoren von Kindern fördern können. Zum anderen, dass die Interventionen über die jeweiligen Ebenen hinaus einander bedingen und wirken. Bezüglich der Wirksamkeit von Resilienzfaktoren gehe ich davon aus, dass ressourcenstarke Familien, auch ohne oder geringer professioneller Unterstützung, eine psychische Erkrankung eines Elternteils funktional bewältigen können.

Ist jedoch Hilfebedarf gegeben, komme ich zum Schluss, dass relativ intensive Hilfeformen (im Sinne von engmaschiger und stetiger Begleitung) notwendig sind, um einen Zugang zu den Familien zu bekommen, welcher Voraussetzung für die inhaltliche Arbeit mit den Kindern und Eltern ist. Hier wird die hohe Relevanz der Beziehungsarbeit deutlich. Insbesondere dann, wenn man bedenkt, dass unter Umständen verschiedene Helfersysteme in Kontakt mit der Familie stehen. Ebenso muss bei der Ausgestaltung der Hilfen der Krankheitsverlauf berücksichtigt werden, um einen angemessenen Unterstützungsbedarf bereitzustellen und somit der Entstehungsgefahr von Konkurrenz, Abhängigkeiten und Autonomieverlust in der Helfer-Klienten-Beziehung zu begegnen. In diesem Zusammenhang sollte ebenso eine vom Leistungsträger zum Hilfebeginn festgelegte Befristung für eine ambulante Hilfe kritisch hinterfragt werden.

In den Ausführungen wurde deutlich, dass die speziellen Bedarfe von Kindern psychisch kranker Eltern die Helfersysteme vor große Herausforderungen stellen. Initiativen und Modellprojekte zeigen die Unterstützungspotentiale beider Systeme. Somit ist davon auszugehen, dass durch entsprechende Modifikationen bestehender Hilfen eine gelingende Unterstützung möglich ist. Dies setzt voraus, dass sich die Fachkräfte konzeptuell und inhaltlich mit der Thematik beschäftigen. In der Betrachtung der Helfersysteme wurde deutlich, dass in fast allen Hilfeformen die Soziale Arbeit als Profession vertreten ist. Daher liegt es nahe, dass es sich SozialarbeiterInnen zur Aufgabe machen, mit ihrer Expertise und vorhandenen Netzwerken, zunächst in ihren institutionellen Tätigkeitsstrukturen auf die kleinen Angehörigen aufmerksam machen. Durch eine Sensibilisierung und thematische Auseinandersetzung in den jeweiligen Helfersystemen kann zum einen die Arbeitsweise mit betroffenen Familien reflektiert werden und zum anderen die Bereitschaft für eine institutionell übergreifende Kooperation gefördert werden.

Jedoch bleibt dies aktuell den Fachkräften und deren Einrichtungen überlassen, welche dies aus eigenem Engagement heraus realisieren. Grund dafür ist, dass Vernetzungsarbeit weder im, SGB V noch im SGB VIII finanziert oder festgeschrieben ist. Das SGB VIII sieht lediglich im Rahmen des Kinderschutzes nach § 8a und im Bereich des § 35a eine Vernetzung vor (vgl. Kölch und Schmid 2014, S. 132).

Von den vorhandenen Angebotsstrukturen der Helfersysteme abgesehen, wäre ein flächendeckendes spezialisiertes Unterstützungsnetzwerk wünschenswert und könnte auf allen Ebenen der Prävention und Intervention wirksam sein. In diesem Zusammenhang stelle ich mir die Wunderfrage (vgl. Kapitel 5.2.4): Welche Auswirkungen hätte eine flächendeckende Angebotsstruktur für betroffene Kinder und ihre Familien in Deutschland auf die gesellschaftlichen Stigmatisierungen von psychischen Störungen?

Diesbezüglich ist die <<Neuköllner Erklärung>> als Ergebnis der Fachtagung <<Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung>> zu nennen. Diese fordert, die Systematisierung verbindlicher Kooperationsstrukturen, Standards in der Versorgung definieren und umzusetzen, altersspezifische Angebote zu entwickeln und vorzuhalten sowie neue Versorgungsmodelle für betroffene Kinder und ihre Familien zu etablieren. Diese Forderungen beinhalten eine gesetzliche Verankerung der Leistungen und die daraus resultierenden Finanzierungsmöglichkeiten für spezifische Projekte (vgl. Anding et al. 2014, S. 212–222). Ein Blick über die Landesgrenzen hinaus, könnte die Realisierung der genannten Forderungen, erleichtern. Beispielsweise haben betroffene Kinder in Finnland und Schweden ein Recht, hinsichtlich Krankheitsaufklärung und bedarfsorientierter Unterstützung. Auf dieser Basis wurde in Norwegen im Jahr 2010 ein Gesetz erlassen, wonach die Einrichtungen der Erwachsenenversorgung die Kinder angemessen mitversorgen müssen. Diese gesetzliche Grundlage verpflichtet die Institutionen nach Kindern zu fragen und entsprechende Angebote für Kinder vorzuhalten. Daraus ergibt sich eine relativ frühe Ermittlung der kindlichen Unterstützungsbedarfe auf die zügig reagiert werden kann (vgl. Christiansen et al. 2014, S. 93f.).

In diesem Sinne gibt es für Soziale Arbeit viel zu tun. Nach Dörner (2000) ist es die wichtigste Aufgabe der Sozialen Arbeit: „[...] Immer wieder auf die Folgen sozialer Ungerechtigkeit aufmerksam zu machen, nicht, sie für die Gesellschaft zu vertuschen“ (Dörner und Plog 2000, S. 56).

Nur Mut!

8. Anlagen

Anlage 1

Übersicht von Präventionsangeboten (vgl. Reinisch et al. 2011, S. 62-83).

Zielgruppe	Inhalt der Angebote	Beispielhafte Projekte
Primärprävention im Säuglings- und Kleinkindalter	<ul style="list-style-type: none"> • Dabei werden psychisch erkrankte Schwangere und Mütter ohne sie von ihrem Kind zu trennen in stationären, teilstationären und ambulanten Settings betreut. • Die Arbeit zielt darauf ab, die mütterlichen Kompetenzen sowie die Feinfühligkeit zu stärken, die Mutter-Kind-Beziehung positiv zu beeinflussen, kindliche Entwicklungsstörungen zu verhindern und die Bindungsqualität nachhaltig zu verbessern. • In diesem Zusammenhang können mögliche Gefährdungssituation für das Kind eingeschätzt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heppenheimer Modell
Prävention im Kindes- und Jugendalter	<ul style="list-style-type: none"> • Diese setzt speziell auf der Ebene des Kindes an, wobei die Einzel- und Gruppenarbeiten mit den Kindern durch Eltern- und Familienberatung ergänzt wird. • In altershomogenen Gruppen wird darauf abgezielt betroffene Kinder altersadäquate Krankheitsinformationen bereitzustellen sowie soziale Kompetenzen, Problemlösestrategien und ein gutes Stressmanagement zu vermitteln. • Neben der Arbeit mit den Kindern und den Eltern wird die Eltern-Kind-Interaktion durch gemeinsame Aktivitäten gefördert. 	<p>Im ambulanten Setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KIPKEL • Aurnyn-Gruppen <p>Im stationären Setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindertagesstätte KOLIBRI

Zielgruppe	Inhalt der Angebote	Beispielhafte Projekte
Prävention im Kindes- und Jugendalter	<ul style="list-style-type: none"> • Patenschaftsprojekte sind ebenfalls auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen angesiedelt ist. • Neben der Vermeidung von einer Fremdunterbringung ist das Ziel der Patenschaften den Kindern eine verlässliche, langfristige Unterstützung durch eine gesunde erwachsene Bezugsperson bereitzustellen. • Den Kindern soll durch die Paten Normalität und Orientierung geboten werden und die erkrankten Elternteile soziale Unterstützung sowie Entlastung erfahren. 	Patenprojekt „Pfiff“
	<ul style="list-style-type: none"> • Internetbasierende Informationen und Beratung nehmen einen zunehmenden Stellenwert für betroffene Kinder ein. Die Niedrigschwelligkeit, Anonymität und eine zeitlich uneingeschränkte Zugangsmöglichkeit macht das Medium für Kinder und Jugendliche interessant. 	Internetseiten <ul style="list-style-type: none"> • www.kinder-kranker-eltern.de, • www.von-mir-aus.de • www.kidkit.de
Präventive Ansätze auf der Elternebene	<ul style="list-style-type: none"> • Sie zielen darauf ab einen Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Eltern zu ermöglichen sowie das Erziehungsverhalten positiv zu beeinflussen. 	<ul style="list-style-type: none"> • STEP Duo – Elterntraining für psychisch kranke Eltern mit Helfern
Präventiven Ansätze auf der Familienebene	<ul style="list-style-type: none"> • Dabei werden die Problematiken, Aufgrund der engen wechselseitigen Beziehungen innerhalb einer Familie nicht isoliert betrachtet. • Deshalb richten sich die Unterstützungsangebote an Eltern, ihre Kinder sowie weitere Angehörige, um das gesamte Familiensystem zu berücksichtigen. 	<ul style="list-style-type: none"> • CHIMPs – Children of mentally ill parents • FIPS – Familien in psychischer Notlage • Betreutes Wohnen für Familien – AWO Velbert

Zielgruppe	Inhalt der Angebote	Beispielhafte Projekte
Fallübergreifende Präventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte die das Ziel verfolgen, durch Informationsvermittlung, Vernetzung von institutioneller Hilfen und Qualifizierung von Fachkräften, die Öffentlichkeit sowie die Helfersysteme für die Situation von betroffenen Kindern zu sensibilisieren. • Des Weiteren wird der Abbau von Stigmatisierung in der Öffentlichkeit und die Stärkung der Interessen von Betroffenen verfolgt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die vergessenen Kinder • Netz und Boden
Kombinierte Präventionskonzepte	<ul style="list-style-type: none"> • Beinhalten fallbezogene und fallübergreifende Präventionen Exemplarisch stehe dafür die Projekte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Würzburger Präventions- und Qualifizierungsprojekt • Kinderprojekt Mannheim • KIP-Projekt

Anlage 2

Checkliste zur Risikoeinschätzung

Quelle: <http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/Checkliste-Risikoeinschaetzung.pdf> verfügbar am 14.01.2016.

■ ■ ■ Gebrauchsanweisung

Die Checkliste ist in drei Bereiche gegliedert. Unter A. werden Informationen zu der Erkrankung eines Elternteils bzw. der Eltern gesammelt. Hier erfolgt bereits eine Risikoeinschätzung nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur. Unter B. sind Fragen zusammengefasst, die sich auf die Risikoeinschätzung bedeutsamer psychosoziale Variablen beziehen und C. beinhaltet Kindvariablen. Bitte kreuzen Sie in dem entsprechenden Feld »Ja« oder »Nein« an. Sie finden in einzelnen Feldern die Ziffern A, B, C, D. Diese Ziffern dienen zur Einschätzung des Risikos der jeweiligen Variable.

A = sehr hohes Risiko

B = hohes Risiko

C = mittleres Risiko

D = geringes Risiko

Orientierungshilfen und Vorschläge zur weiteren Vorgehensweise finden Sie im Anschluss an die Liste der Variablen.

Diese Checkliste ist kein wissenschaftlich geprüftes, valides Verfahren. Sie wurde aus der Praxis heraus für die Praxis entwickelt und kann eine wertvolle Basis für die Arbeit professioneller Helfer mit den betroffenen Familien sein, aber auch diese selbst können von den Fragen profitieren:

Angehörige und Freunde können die Checkliste zur strukturierten Einschätzung der Situation und eines eventuellen Hilfebedarfs nutzen.

Mitarbeiter der Jugendhilfe sollten einzelnen Fragestellungen mit der Familie oder nahestehenden Personen besprechen.

Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung besprechen die einzelnen Fragestellungen mit ihrer Patientin bzw. ihrem Patienten oder deren Angehörigen.

Für die Hilfeplanung sind in jedem Fall einige Grunddaten zu den Kindern Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten erfragen.

209

Grunddaten der Kinder

Bitte ankreuzen

Alter ¹	Geschlecht		Besucht das Kind		
	männlich	weiblich	den Kindergarten?	die Schule?	einen Ausbildungsplatz?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

A. Risikoeinschätzung Elternvariablen

Bitte ankreuzen

Nr.	nein	ja
1 Ist die Mutter erkrankt? ²		B
2 Ist der Vater erkrankt?		D
3 Sind beide Elternteile erkrankt? ³		A
4 Sind andere Familienmitglieder psychisch erkrankt? ⁴	D	
Leidet der erkrankte Elternteil		
5 an einer Schizophrenie? ⁵		B
6 an einer Depression? ⁶		B
7 an einer manisch-depressiven Erkrankung? ⁷	C	
8 an einer Persönlichkeitsstörung?	D	
9 Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? ⁸	D	
10 Handelt es sich um einen chronischen Krankheitsverlauf?	C	
11 Bestand die Krankheit schon vor der Geburt des Kindes bzw. der Kinder oder trat die Erkrankung unmittelbar nach der Geburt eines Kindes auf?	C	
12 Geht mit der Erkrankung ein Ausfall der Alltagsversorgung des Kindes bzw. der Kinder einher?		A
13 Wird die Erkrankung vom Patienten bzw. der Patientin verleugnet oder der Partnerin bzw. dem Partner verleugnet? ⁹	B	
14 Besteht eine Fixierung auf die Erkrankung?	C	
15 Gibt es Partner- bzw. Eheprobleme?		D

16	Ist der erkrankte Elternteil alleinerziehend?	D
17	Gibt es Personen im familiären System, die den erkrankten Elternteil in Krankheitsverarbeitung und Weiterentwicklung behindern?	D
18	Beschreibt der erkrankte Elternteil die Beziehung zum Kind bzw. zu den Kindern negativ?	D
19	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern abweisend und entwertend?	D
20	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern überfürsorglich und bevormundend?	D
21	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern teilnahmslos und desinteressiert?	C
22	Hat der erkrankte Elternteil das Kind bzw. eines der Kinder produktiv in das eigene Wahnsystem integriert?	C

B. Risikoeinschätzung psychosoziale Variablen		Bitte ankreuzen
Nr.		nein ja
23	Lebt die Familie in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen?	B
24	Gibt es ein Arbeitseinkommen?	C
26	Bezieht Ihre Patientin bzw. Ihr Patient Sozialhilfe?	D
27	Ist die Familie in den letzten zwei Jahren umgezogen?	D
28	War mit einem solchen Umzug ein Schulwechsel für ein Kind verbunden?	C
29	Hat die Familie regelmäßigen Kontakt zu Freunden oder Menschen aus der Nachbarschaft?	B
30	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die kurzfristig unterstützend helfen können?	B
31	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die für längere Zeit in der Alltagsversorgung (Nahrung, Körperpflege, Betreuung) helfen können?	D
32	Ist ein Familienmitglied in einem Verein, kirchlichen Gruppen etc. aktiv?	D
33	Nimmt ein Familienmitglied an (kulturellen) Veranstaltungen (Dorffeste, Schulfeste etc.) teil?	D
34	Wird innerhalb der Familie offen über die Erkrankung geredet?	A
35	Wissen Verwandte über die Erkrankung Bescheid?	C
36	Ist der Kindergarten bzw. die Schule des Kindes über die Erkrankung in der Familie informiert?	D
37	Befindet sich der erkrankte Elternteil in psychiatrischer Behandlung oder wird er von einem ambulanten Dienst betreut?	D

C. Risikoeinschätzung Kindvariablen

Bitte ankreuzen

Nr.	nein	ja
38 Hat das Kind oder eines der Kinder den Verlust oder die Trennung (Tod, Trennung, Einweisung in ein Heim) von wichtigen Bezugspersonen erlebt?		A
39 Ist die Beziehung des Kindes bzw. der Kinder zum gesundem Elternteil tragfähig, vermittelt sie Sicherheit und Kontinuität?	A	
40 Hat das Kind bzw. eines der Kinder eine tragfähige Beziehung zu einer Bezugsperson außerhalb des engeren Familienkreises aufbauen können?	B	
41 Gibt es Konflikte zwischen einer außenstehenden Bezugsperson des Kindes bzw. eines der Kinder und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten oder seinem bzw. ihrem Partner?		C
42 Fühlt sich das Kind bzw. eines der Kinder für die Erkrankung des Elternteils mitverantwortlich (schuldig)?		B
43 Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Zuschreibungen aus dem Wahnsystem des erkrankten Elternteils?		B
44 Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Elternfunktionen wie Versorgung des Haushalts oder die Betreuung von Geschwistern?		C
45 Hat das Kind bzw. die Kinder Freunde oder Spielkameraden?	B	
46 Hat das Kind bzw. die Kinder Kontakt zu Nachbarn?	D	
47 Besucht das Kind bzw. die Kinder regelmäßig die Schule, den Kindergarten, den Ausbildungsplatz?	C	
48 Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz von Auffälligkeiten wie sozialem Rückzug, Abbruch von Kontakten, Leistungsabfall berichtet?		B
49 Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz ein psychosozialer Fachdienst wie Kinderfrühförderung, schulpсихологischer Dienst, Beratungsstelle o.ä. eingeschaltet?	C	
50 Stottert das Kind bzw. eines der Kinder oder wird eine andere Sprach- oder Sprechstörung bemerkt? Falls zutreffend: wird eine Lese- oder Rechtschreibstörung bemerkt?		C
51 Werden beim Kind oder einem der Kinder eine Aufmerksamkeits- oder Aktivitätsstörungen beobachtet?		C
52 Werden beim Kind oder einem der Kinder ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren beobachtet?		B
53 Werden beim Kind oder einem der Kinder eine erhebliche Destruktivität, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam beobachtet?		C
54 Ist das Kind bzw. eines der Kinder schon einmal von zu Hause weggelaufen?		B

■ ■ ■ Auswertung

Nachdem Sie die Liste bearbeitet haben, ermitteln Sie bitte die Häufigkeit der von Ihnen angekreuzten Ziffern und tragen sie diese in die nachstehende Tabelle ein.

55	Hat sich das Kind oder eines der Kinder schon einmal absichtlich selbst verletzt? Wurde schon einmal suizidales Verhalten beobachtet?	B
56	Leidet das Kind bzw. eines der Kinder an für das Entwicklungsalter untypischen Einnässen oder Einkoten?	C
57	Wird das Kind bzw. eines der Kinder als überängstlich, furchtsam, still, in sich gekehrt oder anklammernd erlebt?	C
58	Werden beim dem Kind bzw. einem der Kinder Verwahrlosungstendenzen beobachtet?	B
59	Wird beim dem Kind bzw. einem der Kinder eine andere Auffälligkeit beobachtet oder beschrieben?	D

213

- 1 Je jünger das Kind zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung, desto größer das Risiko.
- 2 Kinder einer psychisch (auch an Schizophrenie) erkrankten Mutter sind stärker beeinträchtigt als Kinder psychisch kranker Väter, was sich in einem verstärkt auftretenden dissozialen Verhalten bzw. Rückzugstendenzen der Kinder ausdrückt.
- 3 Bei zwei erkrankten Elternteilen liegt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken, zwischen C 5 % und 50 %.
- 4 Das Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie steigt mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad.
- 5 Nach vorliegenden Forschungsergebnissen sind Kinder schizophrener Eltern besonders gefährdet. Die Wahrscheinlichkeit, als Kind schizophrener Eltern selbst zu erkranken, liegt bei 10 %–15 % im Vergleich mit einem allgemeinen Lebenszeitrisiko von 1 %. Zahlreiche Untersuchungen liefern Hinweise für Auffälligkeiten im kognitiven und emotionalen Bereich sowie auf Störungen des Sozialverhaltens und der Beziehungen zu Gleichaltrigen.
- 6 Nach Studien, in denen Kinder bipolar und unipolar Erkrankter persönlich untersucht worden sind, waren Kinder schizophrener oder unipolar erkrankter Eltern am leichtesten ablenkbar, störrisch und in ihrer sprachlichen Kompetenz eingeschränkt. Die Kinder bipolarer Eltern unterschieden sich in vielen Bereichen nicht von der Kontrollgruppe. In einer Studie von Hameln et al. wiesen 42 % der Kinder unipolarer Eltern eine major depression gegenüber jeweils 25 % bei bipolaren und High-Stress-Familien.
- 7 In einigen Studien, in denen die Eltern und Bezugspersonen von Kindern bipolar und unipolar Erkrankter nach Auffälligkeiten bei ihren Kindern befragt worden sind, wurden bei bipolar Erkrankten häufiger Ängste, Hypochondrie, Impulsivität, Stimmungs labilität und motorische Auffälligkeiten angegeben als in der Vergleichsgruppe.
- 8 Je schwerer und langdauernder die Erkrankung, desto höher ist das Risiko für die Kinder.
- 9 Fehlende Krankheitseinsicht erhöht das Risiko für die betroffenen Kinder. Sie begünstigt eine Tabuisierung oder Verleugnung der Erkrankung und befördert auf diesem Wege die soziale Isolation.

Risikoeinschätzung	Anzahl der in der Checkliste vorhandenen Ziffern	Häufigkeit der ermittelten Ziffern
A= sehr hohes Risiko	5	
B= hohes Risiko	16	
C= mittleres Risiko	18	
D= geringes Risiko	19	

Mit der Häufigkeit der Nennungen steigt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken oder andere Beeinträchtigungen davonzutragen. Hierbei beachten Sie bitte die qualitativen Abstufungen, die mit den unterschiedlichen Ziffern verbunden sind.

Die konkreten Angebote und Leistungen in der psychiatrischen Versorgung sind in den einzelnen Regionen unterschiedlich ausgestaltet. Es ist schon aus diesem Grund nicht möglich, die Durchführung einzelner Maßnahmen vorzuschlagen. Sind Sie zu dem Ergebnis gekommen, dass im konkreten Einzelfall eine Gefährdung für das Kind vorliegt, so empfehlen wir Ihnen das Gespräch mit dem behandelnden Facharzt bzw. dem betreuenden ambulanten Dienst. Befindet sich der erkrankte Elternteil in teilstationärer oder stationärer psychiatrischer Behandlung, wenden Sie sich dort bitte an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

In vielen Fällen wird eine solche Information und eine entsprechende Abstimmung genügen. Es kann aber auch erforderlich sein, die Situation des Kindes bzw. der Kinder im Rahmen einer Fallkonferenz aller mit der betroffenen Familie befassten Dienste zu thematisieren und gemeinsam Lösungen zu suchen.

Anlage 3

Kinderbücher zu verschiedenen psychische Störungen.

Belletristische Literatur für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Lenz 2008, S.150).

- Kisten Boie (2005). Mit Kindern redet ja keiner. Fischer Verlag
- Endre Lund Errikson (2004). Beste Freunde kapiert! Cecile Dressler Verlag
- Brigitte Minne (2004). Eichhörnchenzeit oder Zoo in Mamas Kopf. Sauerländer-verlag
- Gwyneth Rees (2004). Erde an Pluto oder als Mum abhob. Ravensburger Buch-verlag
- Jacqueline Wilson (2002). Tatoo Mum. Sauerländer Verlag

Belletristische Literatur für Kinder psychisch kranker Eltern.

- Kerstin Trostmann, Rolf Jahn (2010). Der beste Vater der Welt. BALANCE buch + medien verlag
- Erdmute v. Mosch (2014). Mamas Monster. BALANCE buch + medien verlag
- Christiane Tilly, Anja Offermann, Anika Merten (2013) Mama, Mia und das Schleuderprogramm. BALANCE buch + medien verlag
- Schirin Homeier (2006). Sonnige Traurigtage. Mabuse Verlag
- Siegrund Eder, Petra Rebhandl-Schartner, Evi Gasser (2013). Anikas andere Welt – Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern (SOWAS!) edition Riedenburger
- Karen Glistrup (2014). Was ist bloß mit Mama los? Wenn Eltern in seelische Krisen geraten. Mit Kindern über Angst, Depression, Stress und Trauma sprechen. Verlag Kösel
- Claudia Gliemann, Nadia Faichney (2014). Papas Seele hat Schnupfen. Monterosa Verlag
- Schirin Homeier, Andreas Schrappe (2012). Flaschenpost nach irgendwo: Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern. Mabuse Verlag

Anlage 4

Gesprächsleitfaden: Probleme lösen mit Kindern (vgl. Lenz 2012, S. 73).

1. Wahrnehmung und Beschreibung der Probleme

- Was genau sind deine Probleme und Sorgen? Wann treten sie auf? Wo treten sie auf?
- Wie fühlst du dich dabei?
- Gibt es Zeiten, in denen das Problem nicht auftritt? Was ist da anders? Was hast du anders gemacht?

2. Finden von Alternativen: Welche Lösungen gibt es für dein Problem (für deine Sorgen)?

- Was kannst du tun?
- Das ist eine Möglichkeit. Fallen dir auch noch andere Möglichkeiten ein? Was kannst du sonst tun?
- Warum denkst du, ist das eine gute Lösung? Erzähl mir mehr darüber?

3. Abwägung der Möglichkeiten: Was kannst du tun? Wie ist die Situation?

- Kannst du die Situation ändern, wenn du die Sache selber in die Hand nimmst?
- Ist es bei dem Problem besser, jemanden um Hilfe zu bitten? Ist es besser, mit jemanden darüber zu reden und sich trösten zu lassen?
- Kannst du etwas tun, wenn du dir Mühe gibst, oder ist es besser, einfach an etwas Schönes zu denken oder einfach etwas zu tun was Spaß macht?
- Wenn du die Situation nicht ändern kannst, ist es vielleicht besser, der Sache aus dem Weg zu gehen (den Schwierigkeiten auszuweichen)?

4. Durchdenken der Konsequenzen

- Was passiert, wenn du so reagierst?
- Was denkst du, wie reagieren die anderen auf deine Lösung?
- Welche Gefühle werden bei dir und den anderen ausgelöst, wenn du so auf die Situation reagierst?

5. Handeln: Jetzt geht es los!

- Was ist zu tun?
- Welche Schwierigkeiten können dabei entstehen?
- Wie kannst du bei der Umsetzung deiner Lösung mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse überwinden?

6. Überprüfung: Hat die Lösung funktioniert?

- Wie geht es dir jetzt?
- Hast du dein Ziel erreicht?

Anlage 5

Komponenten der Erziehungskompetenz (nach Petermann & Petermann, 2006)

(vgl. Lenz 2008, S. 113 f.)

- 1. Beziehungsfähigkeit**
 - Empathie und Perspektivübernahme
 - Positive Gefühle zeigen
 - Ausdrücken von Zuneigung und Liebe
 - Geborgenheit und Schutz vermitteln
 - Fürsorglich sein
 - Zuverlässig sein
- 2. Kommunikationsfähigkeit**
 - Zuhören
 - Miteinander reden und erzählen
 - Beobachten
 - Angemessen auffordern
 - Angemessen verbal und nonverbal reagieren
- 3. Fähigkeit der Grenzsetzung**
 - Absprachen treffen
 - Eindeutige Regeln setzen
 - Konsequenzen realisieren und konsequent sein
 - Positive und negative Verstärkung bei unangemessenem Kindverhalten meiden
- 4. Förderfähigkeit**
 - Unterstützung und Ermutigung
 - Bekräftigung und positive Verstärkung
 - Anforderungen setzen
 - Aufgaben und Verantwortung übertragen
- 5. Vorbildfähigkeit**
 - Selbstdisziplin zeigen
 - Eigenes Handeln reflektieren
 - Selbstkontrolle besonders bei negativen Emotionen zeigen
 - Impulskontrolle zeigen
- 6. Fähigkeit zum Alltagsmanagement**
 - Versorgung und Pflege
 - Organisation des Haushalts, des Familienlebens und des Alltags
 - Struktur im Alltag und familiäre Rituale

9. Literaturverzeichnis

Anding, Jana; Beeck, Katja; Böge, Isabel; Christiansen, Hanna; Corpus, Nicole; Demski-Minßen, Wiebke et al. (2014): „Neuköllner Erklärung“ - interdisziplinär gestaltete Hilfen aus einer Hand und mischfinanzierte Versorgungsangebote - eine Utopie? In: Michael Kölch, Ute Ziegenhein und Fegert Jörg M. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 212–225.

Christiansen, Hanna; Anding, Jana; Donath, Luisa (2014): Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Michael Kölch, Ute Ziegenhein und Fegert Jörg M. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 80–105.

Christiansen, Hanna; Mattejat, Fritz; Röhrle, Bernd (2011): Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern - ein metaanalytisch fundierter Überblick. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 458–481.

Deneke, Christiane (2011): Überblick über die Entwicklungen und Projekte in Hamburg - SeelenNot, Aurn-Gruppen und Eltern-Baby-Arbeit. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 84–95.

Dörner, Klaus; Plog, Ursula (2000): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. 2. Aufl. der Neuausg. 1996. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Effinghausen, Sabrina (2014): Diagnose psychisch krank - ein Leben ohne Zukunft? Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. Techn. Univ., Diss.—Dresden, 2013. 1. Aufl., neue Ausg. Baden-Baden: Nomos.

Fidalgo das Neves, Claudia; Wienand-Kranz, Dorothee; Wiegand-Grefe, Silke (2013): Familien mit psychisch kranken Eltern. Eine qualitative Analyse von Bewältigungsstrategien dyadischer Elternbeziehungen. In: Silke Wiegand-Grefe und Sabine Wagenblass (Hg.): Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Weinheim: Beltz Juventa (Soziale Arbeit), S. 70–94.

Franz, Michael (2014): Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korrig. und erg. Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber), S. 106–114.

Franz, Michael; Kettemann, Beate (2014): Kinder psychisch kranker Eltern - die Perspektive und die Rolle der Erwachsenenpsychiatrie. In: Michael Kölch, Ute Ziegenhein und Fegert Jörg M. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 141–154.

Gahleitner, Silke Birgitta (2012): Klinische Sozialarbeit. In: Marc Schmid, Michael Tetzer, Katharina Rensch und Susanne Schlüter-Müller (Hg.): Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht, S. 90–109.

Hirsch, Stephanie (2015): Aufwachsen in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Handlungsansätze für die Intervention der Sozialpädagogischen Familienhilfe zur Stärkung betroffener Kinder. S. 1-70 (http://www.netz-und-boden.de/fileadmin/content/abschlussarbeiten/Hirsch_Stephanie-Bachelorarbeit-2015.pdf), verfügbar am 02.12.2015

Hoch, Michaela; Wienand-Kranz, Dorothee; Wiegand-Grefe, Silke (2013): Familien mit psychisch kranken Eltern. Bewältigungsstrategien der gesamten Familie. In: Silke Wiegand-Grefe und Sabine Wagenblass (Hg.): Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Weinheim: Beltz Juventa (Soziale Arbeit), S. 125–151.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Aufl.; Weinheim/München.

Kölch, Michael; Schmid, Marc (2014): Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. In: Michael Kölch, Ute Ziegenhein und Fegert Jörg M. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 122–140.

Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Basiswissen, 25).

Lenz, Albert (2014a): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen u. a., 2. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage.

Lenz, Albert (2014b): Kinder psychisch kranker Eltern - Risiken, Resilienzen und Intervention. In: Michael Kölch, Ute Ziegenhein und Fegert Jörg M. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 40–79.

Lenz, Albert (2014c): Kinder und Familien gezielt unterstützen. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korr. und erg. Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber).

Lenz, Albert; Brockmann, Eva (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert; Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 269–298.

Mattejat, Fritz (2014): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korrigiert und erweiterte Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber), S. 68–96.

Mattejat, Fritz; Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke (2011): Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–24.

Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (2014a): Anhang. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korrigiert und erweiterte Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber), S. 217–246.

Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hg.) (2014b): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korrigiert und erweiterte Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber).

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziale Berufe).

Reinisch, Anke; Heitmann, Dieter; Griepenstroh, Julia (2011): Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland - ein Überblick. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 62–83.

Schmid, Marc; Grieb Jasmin; Kölch, Michael (2011): Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischen Patienten - Realität und Wünsche. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 180–205.

Schmid, Marc; Tetzer, Michael; Rensch, Katharina; Schlüter-Müller, Susanne (Hg.) (2012): Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.

Schmutz, Elisabeth (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie; eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz: Institut für Sozialpäd. Forschung.

Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Aufl. Weinheim: Juventa-Verl. (Reihe Votum).

Schrappe, Andreas (2011): Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 96–121.

Schröder-Korf, Sabine; Wienand-Kranz, Dorothee; Wiegand-Grefe, Silke (2013): Familien mit psychisch kranken Eltern. Eine qualitative Analyse von Bewältigungsstrategien betroffener Kinder und Jugendlicher. In: Silke Wiegand-Grefe und Sabine Wagenblass (Hg.): Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Weinheim: Beltz Juventa (Soziale Arbeit), S. 94–125.

Seiffge-Krenke, Inge (2012): Entwicklungsaufgaben der Lebensalter. In: Marc Schmid, Michael Tetzner, Katharina Rensch und Susanne Schlüter-Müller (Hg.): Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht, S. 247–258.

Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)

Wagenblass, Sabine (2012): Herausforderungen für den Kinderschutz in psychisch belasteten Familien. In: Werner Thole, Alexandra Retkowski und Barbara Schäuble (Hg.): Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (SpringerLink Bücher), S. 71–82.

Welter-Enderlin, Rosmarie (2012): Einleitung: Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. In: Rosmarie Welter-Enderlin und Bruno Hildenbrand (Hg.): Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände. 4. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verl. (Paar- und Familientherapie), S. 7–19.

WHO (1946): Übersetzung der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. (<https://www.admin.ch/opc/de/classifiedcompilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>), verfügbar am 14.01.2016

Wiegand-Grefe, Silke (2014): Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. Viele Initiativen, aber keine Regelversorgung. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korr. und erg. Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber), S. 140–150.

Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne; Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe.

Wieland, Norbert (2011): Resilienz und Resilienzförderung - eine begriffliche Systematisierung. In: Margherita Zander (Hg.): Handbuch Resilienzförderung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 180–207.

Wunderer, Susanne (2014): Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4., korr. und erg. Aufl. Köln: BALANCE Buch + Medien Verl. (BALANCE Ratgeber), S. 123–129.

10. Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort: 01594 Hirschstein OT Bahra, 21.01.2016

Unterschrift